



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE CONCLUSÃO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Tema

Cuidados de Enfermagem à Gestante Com Diabetes Gestacional

Discentes:

Elisabete Correia

Maria da Luz Medina

Mindelo, 8 de Julho de 2013



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE CONCLUSÃO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Cuidados de Enfermagem à Gestante

Com Diabetes Gestacional

Docente Orientadora:

Lúcia Vaz Velho

Discentes:

Elisabete Correia

Maria da Luz Medina

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Mindelo, 8 de Julho de 2013

RESUMO

Este estudo é realizado no âmbito do Trabalho de Conclusão de Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo e trata da sistematização da assistência de enfermagem prestada à gestante com diabetes gestacional durante o pré natal, através de consulta de enfermagem e das acções educativas realizadas às gestantes.

Escolhemos trabalhar este tema, primeiramente por motivos pessoais, uma vez que ambas trabalhamos no serviço de Ginecologia-Obstetrícia do Hospital Baptista de Sousa e, em segundo lugar, porque queremos dar resposta sobre a forma como os enfermeiros prestam cuidados às gestantes com diabetes gestacional.

Para o desenvolvimento do presente trabalho, utilizámos o método de revisão de literatura, como metodologia base e também realizámos entrevistas semi-estruturadas e observação participante.

A gestação é um processo natural que envolve múltiplas mudanças, a vários níveis, tanto fisiológicos, como psico-sociais e emocionais.

Dentro das mudanças fisiológicas, pode surgir a diabetes gestacional. Assim, considerando que a intervenção de enfermagem pré-natal e atendimento hospitalar eficiente podem diminuir expressivamente a morbilidade e mortalidade materna e fetal, tendo como causa a diabetes gestacional.

Concluimos que o aprimoramento técnico e científico do enfermeiro, muito pode contribuir no acompanhamento destas gestantes dentro de uma equipa multidisciplinar e, conseqüentemente, alcançar o equilíbrio e o bem-estar, tanto materno como fetal, nos procedimentos, diagnóstico e tratamento da diabetes gestacional.

Palavras-chave: diabetes gestacional, complicações maternas, cuidados de enfermagem, cuidar, grávidas.

ABSTRACT

This study is done on the extent of the conclusion work of the Nursing Complement graduation course at the University of Mindelo and it discusses the systematization of the nursing assistance, rendered to the pregnant with gestation diabetes during prenatal, through nursing consultation and the educative actions accomplished to the pregnant.

We chose this theme firstly because of personal reasons seeing that we both work at the Gynecology-Obstetrics service at Hospital Baptista de Sousa and secondary/because we want to give an answer about the way how the nurse render care to the pregnant with gestation diabetes.

To enhance this work we used the method of bibliography revision as basic methodology as well as semi-structured interviews and sharing observation.

The gestation is a natural process that implicates many changes, not only physiologic but also psychosocial and emotional.

In parallel with the physiologic changes the gestation diabetes can emerge. Thus, taking in account that the prenatal nursing intervention and an efficient hospital service may reduce expressively the motherly and fetal morbidity having as cause the gestation diabetes.

As a conclusion, the technical and scientific improvement of the nurse can contribute a lot in the pregnant attendance within a multidisciplinary team and consequently achieve the balance and well-being both maternal and fetal, in the procedures, diagnosis and treatment of the pregnant diabetes.

Keywords: gestation diabetes, maternal complications, nursing care, care, pregnant.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos queridos filhos pelas longas horas que ficaram sozinhos em casa, pelo incentivo, apoio e carinho que nos deram ao longo deste ano e também por serem a nossa fonte de inspiração, e aos nossos esposos e familiares pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho que servirá para alcançar o grau de licenciatura em Enfermagem, bem como a nossa valorização pessoal, não poderia passar sem que expressasse-mos os nossos agradecimentos a todas as pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para que isso se tornasse possível.

Primeiro a Deus pela força que nos deu para enfrentar esse desafio;

A universidade do Mindelo que criou as condições necessárias a realização deste curso e consequentemente deste trabalho;

As nossas orientadoras, um agradecimento especial pela orientação, encorajamento, pela colaboração e acima de tudo pela disponibilidade que sempre manifestaram;

A todos os professores das diversas disciplinas que foram leccionadas e que nos deram bases para fazer este trabalho;

Aos colegas de trabalho que nos facilitaram no sentido de assistir as aulas, a todos os colegas de curso, muito obrigada.

INDICE

| | |
|--|-------------------------------------|
| 0- Introdução..... | 9 |
| Objectivo geral | 11 |
| Objectivos específicos | 11 |
| I - Metodologia..... | 13 |
| II - Enquadramento teórico | 16 |
| 2.1 Fisiologia da gravidez | 16 |
| 2.1.2. Alterações emocionais | 17 |
| 2.2 Uma abordagem global sobre a fisiopatologia da diabetes e dia diabetes gravídica..... | 20 |
| 2.2.1 conceito de diabetes mellitus | 20 |
| 2.3 fisiopatologia diabetes gestacional | 21 |
| 2.3.1 complicações maternas | 24 |
| 2.3.2. complicações fetais e neonatais..... | 30 |
| 2.3.3. Intervenção clinica pre-natal dos enfermeiros..... | 34 |
| 2.4. Breve abordagem sobre o cuidar e o cuidar na maternidade..... | 39 |
| 2.4.1. A enfermagem e o cuidado..... | 39 |
| 2.4.2. Conceito de Cuidar | 40 |
| 2.4.3. Cuidar na maternidade..... | 43 |
| 2.4.4. Cuidar da grávida diabética e o recém nascido..... | 47 |
| III - Apresentação e análise dos dados qualitativos | 49 |
| 3.1. Relato da experiência no serviço | Erro! Marcador não definido. |
| IV – Considerações Finais..... | 55 |

ÍNDICES DE QUADROS

| | |
|--|-----------|
| Quadro I- Comparação entre o tamanho do útero em ausência de gravidez e às 40 semanas de gestação | 20 |
| Quadro II- relação do aumento de peso no final da gravidez. | 20 |
| Quadro III- classificação da diabete Mellitus. | 23 |
| Quadro IV- complicações maternas e fetais. | 26 |
| Quadro V Hipoglicemia choque insulínico | 29 |
| Quadro VI hiperglicemia cetoacidose diabética | 30 |
| Quadro VII- avaliação antropométrica da gestante IMC | 36 |
| Rastreio da diabete gestacional. | |
| Quadro VIII- Avaliação nutricional da gestante diabética. | |

Listas de Abreviaturas e Siglas

ADO -antidiabético Oral

DG -Diabetes Gestacional

GAR – Gravidez de Alto Risco

HG – hiper Hipo Glicemia

HLP- Hormona Lactogénica placentárias

IMC- Índice de Massa Corporal

OMS- Organização Mundial saúde

RN- Recém-Nascidos

SAE- Sistematização de Assistência de Enfermagem

T.P.O.G-Prova de Tolerância Oral a Glicose

I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho intitulado **Cuidados de Enfermagem à gestante com Diabetes Gestacional**, que iremos apresentar, será realizado no âmbito do trabalho de final do Curso de Conclusão Licenciatura em Enfermagem, ministrado na universidade do Mindelo.

A nossa motivação em desenvolver um trabalho neste âmbito prende-se com as reflexões que temos feito no contexto da nossa prática de trabalho no sentido da necessidade de implantação de mudanças de atitudes em relação ao cuidar no sistema de saúde para assistir a grávida diabética. Consideramos que é premente o compromisso do sistema de saúde para responder com qualidade e eficiência as necessidades destas utentes, não limitando o atendimento apenas no controlo metabólico da diabetes, mas no apoio e informação nos demais cuidados, tanto à grávida como à família e/ou pessoas significativas no que concerne aos cuidados com a sua saúde, a do bebé, o parto e o seu futuro após o parto.

A gravidez, quando é desejada, é uma vivência única na vida de uma mulher. No entanto, nem todas as gravidezes são vividas desta forma e muitas mulheres vivem este período em situação de alto risco o que causa grande sofrimento e apreensão. Um dos tipos de gravidez considerada de alto risco é aquela em que a mulher desenvolve diabetes durante a gestação. Elas sofrem um impacto emocional enorme, ocorrendo um aumento do nível de stress, ansiedade e medo e consequentemente estas grávidas sentem-se cansadas desconfiadas e muitas vezes com muita dificuldade em aderir ao tratamento proposto pelas equipas de saúde.

A diabetes é uma das doenças que causa maior preocupação quer às grávidas quer às suas famílias, sobretudo quando são conhecidas e reconhecidas as consequências da doença no desenvolvimento do feto e na saúde da mãe, pois está associada a altos índices de morbilidade, perinatal, principalmente macrosomia e malformações fetais. A diabetes e seu tratamento afectam o quotidiano das portadoras de maneiras diversas, em todas as áreas da vida e dos seus ritmos. Implica uma modificação de hábitos de vida, afectando a vida familiar, profissional e emocional da grávida. Estas alterações do quotidiano das gestantes assim como o sofrimento e ansiedade que vivenciam, merecem por parte das equipas de saúde uma atenção especial tanto no seguimento e vigilância da gestação como aos cuidados relativos à educação em saúde.

Os problemas começam com o impacto do diagnóstico e prosseguem com a não-aceitação da doença causando por isso uma série de constrangimentos: internamento prolongado, jejuns consecutivos, dieta, afastamento do trabalho e dos familiares, exames diários e consequências, medo da perda do bebé, entre outros. Isso exige dos profissionais de saúde que lidam com estas pacientes, habilidade e competência adequadas para lidar não só com os cuidados físicos, mas também psicológicos e emocionais e ainda os familiares e amigos envolventes. Este cuidado é prestado no sentido de minimizar essas dificuldades através de uma relação de cuidado transpessoal, para que essas mulheres possam vivenciar esses momentos (gravidez, parto e puerpério) com segurança, tranquilidade, confiança e satisfação.

Muitas vezes a assistência a estas mulheres são padronizadas, reproduzindo modelos que não são compatíveis com a nossa realidade, o que de certo modo contribui para a falta de êxito da assistência prestada e por outro lado afasta-se do cuidado holístico preconizado na disciplina de enfermagem.

Diabetes gestacional é uma patologia que, com maior frequência, complica a gravidez com influência no futuro da mãe e do filho e consequentemente a dinâmica familiar. Segundo Clode cit. in Graça (2010:558), actualmente 2 a 3% descobrem que a mulher já tinha Diabetes Mellitus. O número elevado de gestantes grávidas em S. Vicente, nos anos de: (2011- 1713), (2012- 1660) exige um sistema de assistência integrado com outras especialidades, de forma que a mulher seja cuidada de uma forma holística e não focada unicamente na sua patologia. Torna-se premente criar programas de orientação e apoio das gestantes na comunidade assim como no hospital, promovendo o auto cuidado e visando o regresso a casa.

A motivação para a escolha do tema advém da nossa preocupação em analisar as condições e os procedimentos adoptados pelas estruturas de Saúde no despiste, atendimento e seguimento das grávidas diabéticas, o que tem sido um grande desafio para os profissionais de Saúde e despertado no meio dos mesmos uma angústia e um certo entusiasmo.

Fazemos parte da equipa de saúde da maternidade do Hospital Batista de Sousa e trabalhamos directamente com as grávidas diabéticas, assistindo-as, ouvindo-as nos seus sofrimentos, dores e na necessidade de continuidade de cuidados.

Com o intuito de clarificar quem são as clientes grávidas diabéticas atendidas na nossa maternidade, que cuidados precisam e quais os sofrimentos mais frequentes que

apresentam, pretendemos realizar uma revisão da literatura no sentido de identificar, o que a evidencia científica recomenda no cuidado às grávidas diabéticas, para construirmos programas de intervenção integrados no actual sistema de saúde, mas que visem uma intervenção holística, promotora do auto cuidado, assim como uma monitorização das situações encontradas, que dê mais compreensão e autenticidade às nossas intervenções.

Para iniciar a nossa pesquisa, colocámos a seguinte **pergunta de partida**:

✚ Até que ponto os profissionais de saúde estão preparados para lidar com gestantes com diabetes gestacional, procedendo a um atendimento de enfermagem holístico?

Assim, com base nos pressupostos atrás referidos e na pergunta de partida, traçamos o seguinte **objectivo geral**:

✚ Reflectir sobre a importância de um atendimento holístico nos cuidados de enfermagem às grávidas com diabetes gestacional.

Para dar resposta ao objectivo geral, elaborámos os seguintes **objectivos específicos**:

✚ Descrever as actuais correntes da Fisiopatologia da diabetes gravídica e da intervenção clínica preconizada;

✚ Analisar as condições e os procedimentos adoptados pela estrutura de saúde no despiste, atendimento e seguimento às grávidas diabéticas;

✚ Observar como as mulheres vivenciam o tratamento e o cuidado da diabetes durante a gestação;

✚ Enumerar procedimentos a desenvolver após o diagnóstico até o fim da gravidez, parto e puerpério, sem complicações;

✚ Identificar que tipos de contextos de cuidados existem ou necessitam de ser desenvolvidos nos procedimentos assistência ao neonato de uma grávida diabética.

O nosso trabalho será estruturado em 4 capítulos com os quais procuraremos dar resposta aos objectivos traçados.

O Capítulo I diz respeito às metodologias que utilizaremos ao longo deste trabalho, onde definimos o percurso que pretendemos desenvolver assim como o significado das nossas opções metodológicas.

O Capítulo II é o enquadramento teórico, no qual vamos definir os conceitos de Fisiologia da Gravidez, conceito de Diabetes Mellitus, Fisiopatologia da Diabetes Gestacional, Complicações maternas e fetais, conceito de Cuidar, em que estão incluídos os tópicos: cuidar em enfermagem, cuidar da grávida diabética, cuidar na maternidade, cuidar de da grávida diabética e o filho.

O capítulo III corresponde à apresentação e análise dos dados, onde posteriormente relatamos a experiência do dia-a-dia no nosso serviço.

Por fim, no Capítulo IV, fazemos as considerações finais sobre todo o trabalho desenvolvido.

I- METODOLOGIA

“Metodologia refere-se a percursos práticos e técnicos para reunir por si só e utilizar informações que podem ser usadas para testar ideias e teorias sobre a vida social” (Jonhson, 1945:47).

O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo exploratório onde se pretende informações através dos seguintes métodos:

- ✚ Revisão bibliográfica;
- ✚ Entrevista semiestruturada;
- ✚ Observação participante com posterior reflexão feita em grupo sobre as nossas práticas.

Segundo Carvalho (2010: 43),

“um **estudo qualitativo** trabalha com o universo de significados, motivações, inspirações e crenças, valores e atitudes o que corresponde a um universo e espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variável. Permite obter dados sobre os indivíduos estudados, descrevendo a sua experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores”.

Ainda de acordo com Dias (2000),

“os métodos qualitativos são apropriados quando o fenómeno em estudo é complexo, de natureza social e não tende a quantificação. Normalmente são usados quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa. Deve haver interacções reais entre pessoas e entre pessoas e sistemas”.

Para Richardson e tal (1999),

“A metodologia qualitativa procura descrever a complexidade de determinados problemas, analisar a interacção de certos variáveis, compreender e classificar processos vividos por grupos sociais contribuir para um processo de mudança de determinado grupo em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidade do comportamento das pessoas.”.

Em relação aos enquadramentos teóricos, estes são elaborados através de pesquisa bibliográfica, elaborada mediante um levantamento e selecção de materiais já publicados:

livros, manuais, programas do Ministério de saúde, periódicos e artigos científicos disponíveis na internet sobre o tema.

Numa primeira fase fizemos uma revisão da literatura dos conceitos da **Fisiopatologia da diabetes gestacional** e de **conceitos inerentes ao cuidar**. Nesta revisão, recorremos a manuais e teóricos com relevância na área. Após consulta e reflexão feita em grupo identificámos as **palavras-chave** que são os organizadores de pesquisa: Diabetes gravídica, complicações maternas/fetais, cuidar da grávida diabética, continuidade de cuidados. A identificação das palavras-chave facilitou as pesquisas no motor Google e na base dos dados da Sielo, onde encontramos vários artigos produzidos na área como teses de doutoramento e de pós-graduações, que acompanharam o nosso percurso de estudo desta temática.

Depois de termos feito a revisão bibliográfica, partimos para as entrevistas e relatamos experiências de nossos contextos clínicos.

A **entrevista semi estruturada** é o procedimento utilizado para a recolha de informação com perguntas sugeridas e desenvolvidas pelos pesquisadores e também através de observação directa.

De acordo com Quivy Raymond e Compenhout (1998:191-192)

“Os métodos de entrevista, distingue-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana. Correctamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.”

Caracterizam-se por contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele.

Instaura-se, assim, em princípio, uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita esta expressão, e evita que ela se afaste dos objectivos da investigação permitindo ao interlocutor aceder a um grau máximo de autenticidade e de profundidade.”

No desenvolvimento do trabalho, realizamos entrevistas, utilizando um guião de entrevistas. A construção do guião teve como base os objectivos específicos traçados e a reflexão feita sobre a revisão de literatura em questão. Assim, entrevistámos um Ginecologista obstetra, que cuida da parte da gravidez de um modo geral; uma enfermeira

de Ginecologia que presta cuidado às grávidas hospitalizadas e durante o período pós parto; uma enfermeira da sala de parto, que cuida durante o trabalho de parto; uma enfermeira de saúde reprodutiva, que começa os cuidados relacionados com o despiste da diabetes e o pré-natal, encaminhamento aos especialistas ou a um endocrinologista que cuida da parte metabólica (esquema glicemia e Insulinoterapia); uma nutricionista, responsável pela elaboração das dietas e um elemento de grande importância pois a dieta é primordial para manter o nível glicêmico normal; uma psicóloga que cuida da parte emocional e psicológica; um pediatra e por último, uma enfermeira de neonatologia que após o parto presta cuidados ao recém-nascido. No total foram aplicados questionários a uma amostra de 9 profissionais e técnicos de saúde envolvidos no despiste, tratamento e acompanhamento de grávidas diabéticas nos pós parto e os respectivos recém-nascidos.

II -ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Dentro deste capítulo, pretendemos apresentar os actuais correntes sobre fisiologia da gravidez, diabetes Mellitus, diabetes gestacional e cuidar, que melhor podem dar respostas as necessidade das gestantes com diabetes.

2.1 Fisiologia da Gravidez

Apresentaremos, primeiramente, alguns aspectos da fisiologia da Gravidez, segundo o autor Balley (1969:35-39).

A gravidez é um período onde o organismo da mulher sofre várias alterações emocionais e físicas e que durante o qual os vários sistemas do corpo são preparados para sustentar o feto até ao seu nascimento.

Quando a fecundação se dá, há **alterações hormonais** e o primeiro sinal da gravidez é a amenorreia (ausência da menstruação) devido a hormona gonadotropina coriónica produzida pelo blasto quisto que provoca a persistência do corpo amarelo. É uma hormona que é excretada pelos rins e por essa razão é detectada numa gravindex (análise feita na urina da paciente). O corpo amarelo produz grandes quantidades de outras hormonas (progesterona e estrogénio) sendo a progesterona a hormona mais importante na gravidez porque ela provoca a proliferação da decídua uterina, que permite que o embrião se fixe e mantém o revestimento em boas condições de protecção durante a gravidez. Ela exerce um efeito relaxante sobre o músculo uterino evitando assim a irritabilidade do mesmo, impedindo-o de contrair e expelir o ovo fecundado. Outras glândulas endócrinas tais como a hipófise anterior, a tiróide e o córtex supra-renal também são afectados. Devido ao aumento do tecido da tiróide, há um aumento do metabolismo e esta contribui para a oscilação do humor na grávida no início da gestação.

O útero é um órgão pequeno que, quando não grávido que mede 7,5cm de comprimento, 5cm de largura e 2,5cm de espessura. Ele aumenta com o desenvolver da gestação e no final terá 30cm de comprimento, 22,5cm de largo e 20cm de fundo. Aumenta igualmente o peso inicial de 50g para 700g. Após o parto ele regressa gradualmente ao seu tamanho original.

Na pele podem aparecer estrias rosadas (estrias gravídicas), no abdómen, nádegas e seios que persistem mesmo depois do parto deixando cicatrizes brancas- prateadas. Outra alteração é a pigmentação por haver um aumento da hormona estimuladora de melanina da

hipófise anterior que faz com que os mamilos, a linha alva, a vulva e as cicatrizes já existentes escurecem-se.

Os seios alargam e adquirem certos aspectos exteriores característicos. Podem observar-se sensações de formigueiros e por vezes incómodo nas primeiras semanas de gravidez.

O Sistema cardiovascular, devido ao desenvolvimento da gravidez, o útero, os seios e a placenta aumentam de volume e por conseguinte o volume de sangue aumenta cerca de 25% a partir de 12ª semana, para que possa haver uma maior irrigação sanguínea do corpo e isto tudo exige um esforço do coração que atinge o seu pico máximo cerca de 30ª- 34ª semana da gestação. Tudo isto faz com que haja uma ligeira hipertrofia do músculo cardíaco e por essa razão a pressão arterial é mais baixa na gravidez.

As **vias urinárias** aumentam a sua função excretora. O fluxo sanguíneo aumenta, o limiar para o açúcar diminui e como consequência pode haver uma glicosúria positiva (presença de glicose na urina) sem que haja presença de hiperglicemia (aumento de glicose no sangue).

Há um aumento do **peso corporal** devido ao aumento de tecidos e retenção de líquidos. A retenção de líquido pode ser responsável por mais 2000g. - 6000g., mas o peso total (6750) não deve aumentar depois da 24ª semana da gravidez.

2.1.2. Alterações emocionais na gravidez

Balley (1969:39), fala-nos ainda das alterações emocionais que a mulher tem durante esta fase da sua vida. Em todos os períodos de maiores alterações hormonais há instabilidade emocional, e isto é muito marcado na gravidez.

Durante os primeiros 3 meses há uma instabilidade emocional considerável, com risos e alegria num dado momento e lágrimas no seguinte. Mesmo a mulher mais plácida pode tornar-se irritável, difícil e ansiosa.

Os segundos 3 meses são um período de estabilidade, em que a mulher se sente de excelente saúde, descrita por todos como «resplandecente». Aumenta a sua confiança em si própria e pode surpreender o marido com a sua maturidade e segurança.

Durante os últimos 3 meses aumenta a letargia física e emocional. Tende a apoiar-se mais pesadamente no marido e a fazer-lhe maiores exigências. Aumenta a ansiedade a medida que o parto se aproxima e durante as últimas semanas tornam-se maiores os receios pelo seu próprio bem-estar e do filho.

Quaisquer que sejam as reacções, são necessários, durante toda a gravidez, amparo, amor e confiança.

Quadro I - Comparação entre o tamanho do útero em ausência de gravidez e a 40 semana de gestação

| Medida | Não grávida | Grávida 40 semana |
|---------------|--------------------|--------------------------|
| Comprimento | 6,5cm | 32cm |
| Largura | 4cm | 24cm |
| Espessura | 2,5cm | 22cm |
| Peso | 60-70g | 1100-1200g |
| Volume | ≤10ml | 5000ml |

Fonte: Lowdermilk & Perry (2006:103)

Devido ao aumento dos referidos tecidos tendo no fim da gravidez os seguintes valores médios (em gramas):

QUADRO II - Relação de aumento de peso no fim da gravidez em gramas

| | |
|-------------------|-------|
| Útero | 900g |
| Seios | 900g |
| Feto | 3150g |
| Placenta | 450g |
| Líquido amniótico | 1350g |
| Total | 6750g |

(Balley 1969:35-41)

A retenção de líquido pode ser responsável por mais 2000g. 6000g, mas o aumento total de peso na gravidez não deve aumentar depois da 24ª semana.

Deve haver confiança nas enfermeiras e tempo para que possam exprimir os seus receios e fazer perguntas (Balley 1969:35-41)

A Gravidez normal tem sido denominada como um estado diabetogénica no qual aumenta a necessidade de glicose, o metabolismo materno é alterado de forma a assegurar um fornecimento adequado de glicose ao feto em desenvolvimento.

A glicose materna é transportada ao feto por um processo de difusão facilitado. A insulina materna não atravessa a placenta cerca da décima semana da gestação o feto segrega sua própria insulina em níveis adequados para utilizar a glicose obtida da mãe.

Durante o primeiro trimestre de gravidez, os níveis de glicose materna descem para valores inferiores ao anteriores na gravidez para 55 a 65 mg dl devido a influência de estrogénio e da progesterona, o pâncreas aumenta a produção de insulina o que aumenta a utilização de glicose periférica e ao mesmo tempo aumenta a utilização de glicose pelo feto o que origina a diminuição de níveis de glicose maternas. Adicionalmente, o 1º trimestre é caracterizado por náusea, vômitos e diminuição de alimentos pela mãe o que diminui mais ainda os níveis de glicose.

Durante o segundo e terceiro trimestres os níveis crescentes do lactogéneos, planetário humano, estrogénio, progesterona, cortisóis, prolactina e insulina aumentam, a resistência à insulina através das suas acções como antagonistas da insulina. A resistência à insulina é um mecanismo de poupança de glicose que assegura um suprimento abundante de glicose ao feto. As necessidades maternas de insulina aumentam no início do 2º trimestre da gravidez, necessidades estas que podem duplicar ou quadruplicar no final da gravidez.

Sendo cada pessoa um fenómeno único não se repete na historia da humanidade em muitas mulheres grávidas o organismo mostra-se incapaz na produção de quantidade suficiente de insulina ou então usa-a de forma ineficaz. (Palmer, 1990). Dai o aparecimento de Diabete gestacional.

2.2 Abordagem global sobre a Fisiopatologia da Diabetes e da Diabetes Gestacional

2.2.1 Conceito de diabetes Mellitus

A diabetes faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizada por hiperglicemia e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de Insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Segundo Netto (2000:29)

“A diabetes foi descrita pela primeira vez há mais de dois mil anos. Sendo que nos últimos 200 anos, tem feito parte da história da medicina moderna. A palavra diabetes, em grego, quer dizer sifão (um tubo para aspirar água). Esse nome foi dado por Areteus, aproximadamente 150 anos a.C., descrevendo a Diabetes como uma doença em que os enfermos urinavam muito”

“A *Diabetes Mellitus* é uma doença sistêmica, crônica, caracterizada por desordens no metabolismo da insulina, carboidratos, gorduras e proteínas, bem como na estrutura e função dos vasos sanguíneos” (Galloway, 1967 cit. In Pitanga, 2004: 132).

Para Arduíno (1963 cit. in Netto, 2000: 34), “Diabetes Mellitus é uma doença hereditária crônica caracterizada pelo nível anormal elevado de glicose sanguínea.”

Arduíno continuou dizendo que “Diabetes Mellitus é uma condição na qual o organismo perde, parcialmente, o poder de “metabolizar” os açúcares fornecidos pelos alimentos ingeridos. Como resultado, o açúcar que não é metabolizado acumula-se no sangue e não se transforma em energia. Da ingestão dos alimentos resulta um açúcar denominado glicose, que é absorvido pelo sangue. Essa glicose pode ser “metabolizada” imediatamente, ou acumulada em forma de glicogénio no fígado e nos músculos, como fonte energética. No diabético, a perturbação desse mecanismo causa excesso de açúcar no sangue, com consequente falta de produção de energia.”

“Quando a taxa de açúcar se eleva no sangue, uma parte dela escapa pela urina, perdendo-se assim grande quantidade de água do organismo e, consequentemente a abundância de urina e a sede exagerada, que são dois sintomas comuns no diabetes” (Valle, 1965, apud Pitanga, 2004: 132).

O Ministério da Saúde (1994 cit in. Netto, 2000) descreve diabetes como

“uma síndrome clínica heterogênea que se caracteriza por anormalidades endócrino/metabólicas que alteram a homeostase. Essas anormalidades têm como elemento fundamental uma deficiência insulínica absoluta ou relativa, que se manifesta por uma deficiente função secretora de insulina pelo pâncreas e/ou por ação deficiente da insulina nos tecidos-alvos.”

“*Diabetes Mellitus* é uma doença que resulta da incapacidade do pâncreas em segregar insulina. É causado por degeneração das células beta das ilhotas de Langerhans, mas o mecanismo básico desses efeitos ainda é desconhecido” (Guyton, 1988).

A concentração esperada de glicose sanguínea em indivíduo que não se alimenta durante três ou quatro horas é aproximadamente 90 mg/dl, e mesmo após uma refeição a menos que o indivíduo tenha diabetes. Além disso, o Ministério da Saúde (1996 apud Pitanga, 2004: 132) cita que os valores normais para os níveis de glicose em jejum seriam de até 100 mg/dl, quando elevado estaria em valores entre 100 e 125 mg/dl e considere diabético maior de 126 mg/dl.

Quadro III - Classificação da diabete Mellitus

| Classificação actual | Classificação anterior | Características clínicas |
|----------------------|--|--|
| D.M Tipo I | Insulino-dependente Diabetes juvenil | Défice absoluto de insulina Tendência a cetoacidose |
| DM TipoII | Insulina- independente Diabetes do adulto | Resistência aumentada a insulina. História familiar de DM: obesidade, idade avançada |
| D.M Gestacional | Diabete Gestacional | Ocorre apenas na gravidez |

Fonte: American Diabetes Association

2.3. Fisiopatologia diabetes gestacional

Segundo Clode cit in Graça (2010: 555),

“as gestantes cuja gravidez é complicada por DB podem dividir-se em três grupos, sendo o grupo maioritário (> 90%) por aqueles que só desenvolveram intolerância aos hidratos de carbono durante a gravidez (ou em que apenas

durante a gravidez essa intolerância é reconhecida) e que é designada por diabetes gestacional”.

A gravidez é um fenómeno normal em que, desde o início ocorrem alterações metabólicas do organismo da mulher grávida face as necessidades que esse processo se impõe para a maturação e crescimento do feto. As necessidades do feto são prioritárias às da mãe para que a glicose e alguns aminoácidos lhe sejam fornecidos de forma ininterrupta.

Só poderá atingir esse objectivo através de uma acção hormonal que promove uma diminuição da glicose de aminoácidos pelo organismo materno, o que passa a assegurar o seu metabolismo energético de preferência a custa dos ácidos gordos (Clode cit in Graca, 2010:554).

“No início da gestação aumento de consumo de glicose e de aminoácidos por parte do embrião-feto associado a estimulação das células beta pancreáticas maternas pelos estrogénio e pela progesterona placentário assim como por um aumento de sensibilidade, a insulina leva a que grávida apresentar hiperinsulinemia, hipoglicemia em jejum, hipoaminoacidemia e lipólise acentuada com tendência para cetose que se agrava com o jejum. Assim que a gravidez avança assiste-se as seguintes modificações do metabolismo materno:

- ✚ Resistência progressiva a acção periférica da insulina endógena, mediada quer por acção hormonal (hormona lactogénica placentária -HLP-,) cuja secreção se torna significativa pelas 14/16 semanas e atinge o seu máximo as 34 semanas (estrogénio, progesterona, prolactina e glicocorticóides) quer por mediadores humorais produzidos pela placenta (leptina, factor de necrose tumoral)
- ✚ Incremento da degradação da insulina pelo rim materno e pela placenta.
- ✚ Aumento da lipólise materna (mediada pela HLP) e da glicogenólise hepática (suscitada pelos corticosteróides) ” (Clode cit in Graça 2010:554)

“Todas estas alterações promovem a manutenção do estado de hipoglicemia em jejum e a ocorrência de hiperglicemia pós prandial, agravada pela resposta diminuída-GIP- e a sobrecarga de glicose nas mulheres não grávidas é um estímulo para a libertação da insulina. Essa hiperinsulinemia pós prandial e a resistência periférica a insulina com hiperinsulinemia, levaram a que a gravidez fosse descrita como um estado diabetogénico. Em alguns casos estas alterações são tão marcadas que desencadeiam um desequilíbrio do controle da glicemia

perante uma sobrecarga da glicose, e essa situação nas mulheres grávidas são designadas por diabetes gestacional” (Clode cit in Graça, 2010:555).

Na grávida com diabetes Mellitus prévia à gestação há um aumento de glicemia materna, levando a que o feto produza mais insulina. Neste caso, o feto fica hiperinsulinemio e como essa hiperinsulinemia é um factor de crescimento, vai aumentar o tamanho devido ao aumento do tecido adiposo e vai acelerar o crescimento ósseo. Isso obriga a um maior consumo de oxigénio e, como a passagem é a mesma, pode levar a hipoxia fetal e consequentemente a morte súbita.

Na primeira metade da gravidez o feto actua como consumidor da glicose e dos aminoácidos. As necessidades de insulina descem e há uma tendência para a hipoglicemia materna.

Na segunda metade, as hormonas placentárias exercem uma acção diabetogenica aumentando as necessidades de insulina e evidenciando a tendência para acidose.

Segundo Clode cit. in Graça (2010:1), diabetes gestacional é uma condição patológica que com maior frequência complica a gravidez, com influência no futuro da mulher e do filho. Em 2 a 3% de todas as grávidas se descobre que a mulher já tinha diabetes antes da gestação. A diabetes gestacional complica em 1 a 14% da gravidez e uma grande parte das complicações podem ser reduzidas com um pré-natal adequado.

O rastreio deste tipo de Diabetes é universal. Apesar de várias opiniões sobre o rastreio e o diagnóstico da diabetes gestacional, existe um consenso sobre as necessidades do controle glicémico apertado, com dieta e Insulinoterapia para melhorar o prognóstico. O acompanhamento deve ser feito com uma equipa multidisciplinar. A terapêutica tem várias vertentes, que incluem tanto medidas farmacológicas como as relacionadas com nutrição, educação e programas de educação física.

A 6ª e 8ª semanas após o parto deverá ser efectuada uma T.P.O.G. (prova de Tolerância à Glicose Oral) com 75gde glicose para reclassificação da Diabetes Gestacional.

As mulheres com diabetes Gestacional têm um risco de desenvolvimento no futuro de diabetes Mellitus tipo II, superior em 50% ao da população em geral.

Sintomas

“Geralmente não há sintomas, ou os sintomas são leves e não apresentam riscos de morte para a grávida, com frequência o nível de açúcar (glicose) no sangue volta ao normal após o parto, isto acontece em maioria das mulheres” (Shannon, cit. In Jovanovic-Peterson, 1992).

- ✚ Visão borrada;
- ✚ Fadiga;
- ✚ Infecção frequente incluindo as na bexiga, vagina e pele;
- ✚ Polidipsia;
- ✚ Polúria;
- ✚ Náuseas e vômitos;
- ✚ Polifagia;
- ✚ Perda de peso apesar do aumento de apetite;
- ✚ Cansaço fácil.
- ✚ Complicações maternas e Fetais

Nas mulheres com Diabetes Gestacional pode assistir complicações da gravidez por diversos tipos de situações.

QUADRO IV - Complicações maternas e fetais

| COMPLICAÇÕES MATERNAS | COMPLICAÇÕES FETAIS |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Infecção | Anomalias congénitas |
| Hipoglicemia | Morte fetal |
| cetoacidose | macrossomia fetal |
| Complicações cardiovasculares | Síndrome dificuldade respiratória |
| Parto prematuro | Alterações metabólicas |
| Hidramnio | |

2.3.1. Complicações maternas:

Os factores de risco para o surgimento de complicações maternas, segundo Clode cit. in Graça (2010:557), relacionadas com a Diabetes Gestacional, são:

- + Glicosúria aumentado em mais do que uma amostra;
- + História hereditária de diabetes;
- + Grávida obesa ou ganho excessivo de peso na gravidez;
- + Hidramnios;
- + R/A anterior com mais de 4000g;
- + História de nado-morto ou neonatais ou anomalias fetais;
- + Micoses frequentes;
- + Infecções do trato urinário;
- + Multiplicidade;
- + Idade superior a 35 anos.

Ao desenvolvermos cada uma das complicações maternas podemos dizer o seguinte:..

Infecção

É a causa mais frequente de dificuldade de controlo da glicemia. As infecções mais frequentes são as urinárias por isso deve ser sempre bem pesquisadas e tratadas de forma rápida e agressiva. Clode cit in graça (2010:557)

Hipoglicemia

“O risco de hipoglicemia (quantidade de açúcar no sangue abaixo do normal) é maior no Diabetes Mellitus tipo I sobretudo no primeiro trimestre da gravidez. Está associado a morbilidade e mortalidade fetal, sendo igualmente um dos presumíveis factores responsáveis pelo aumento de incidência em malformações congénitas fetais. A causa mais frequente é a administração excessiva e mal controlada da insulina numa fase em que o estado de náuseas e vômitos habituais na gestação diminui o aporte calórico. Dai a necessidade de uma correcta informação e educação da grávida sobre o modo como deve auto administrar insulina e da grande atenção que deve prestar aos sinais e sintomas de hipoglicemia, a qual devera ser corrigida através de ingestão de açúcar ou

administração de glicose endovenoso, por tornar mais difícil o controle posterior da glicemia.” (Clode cit in Graca, 2010:557)

Sinais e sintomas da hipoglicemia

- ✚ Desidratação;
- ✚ Sonolência;
- ✚ Palidez;
- ✚ Tonturas;
- ✚ Tremores;
- ✚ Dificuldade para se concentrar;
- ✚ Polifagia;
- ✚ Cefaleia intensa;
- ✚ Formigamento nos membros;
- ✚ Convulsões;
- ✚ Coma.

Os cinco últimos sintomas são as formas mais graves da hipoglicemia

Cetoacidose

“É o tipo de acidose metabólica que é causada por alta concentração de cetoácidos, formados pela disseminação dos aminoácidos.

Ocorre sobretudo em grávidas com Diabetes Mellitus tipo I é consequência de uma intercorrência que obriga o aumento das necessidades diárias de insulina; infecção, traumatismo e cirurgia ou da falência na administração da hormona em dose adequada por negligência ou porque a doente tem dificuldade de cumprir a dieta prescrita. Défice em insulina leva ao aumento de glicogenose hepática e a hiperglicemia com consequente diurese osmótica, depleção do volume plasmática e hiper osmolaridade, a libertação associada catecolaminas e glicocorticoides eleva a hiperglicemia e ao diminuírem a captação periférica de glicose estimulam a lipólise com consequente cetonemia e acidose, com risco elevado quer para a grávida quer para o feto. O diagnóstico é feito pela demonstração de hiperglicemia associada a cetonemia, cetanúria e consequente acidose metabólica. Acidose metabólica um estado de descompensação grave em paciente com diabetes melitos que ocorre por uma deficiência absoluta de insulina e que, em geral, tem um factor desencadeante, por exemplo infecção ou parada de medicação. Esta situação, de grave descontrole metabólico deve ser prontamente corrigidas, se bem que o risco de morte fetal seja elevada (cerca de 10%) a extracção fetal por cesariana de emergência deve ser evitada pois a

correção do estado ácido base materno rapidamente trás o bem - estar fetal.”
(Clode cit. in graça, 2010:557)

Diferença entre hipoglicémia (choque insulínico) e hiperglicémia (cetoacidose diabética)

QUADRO V - HIPOGLICEMIA (CHOQUE INSULINICO)

| CAUSAS | INÍCIO | SINTOMAS | INTERVENÇÕES |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Excesso de insulina • Alimentação insuficiente (refeições perdidas ou adiadas) • Exercício ou trabalho excessivos • Dispepsia, diarreia, vômitos | <ul style="list-style-type: none"> • Rápido (insulina rápida) • Gradual (insulina de acção intermédia ou prolongada ou hipoglicemiantes orais) | <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidade • Fome • Sudação • Nervosismo • Alterações da personalidade • Fraqueza • Fadiga • Visão dupla ou enevoada • Tonturas • Cefaleias • Palidez, pele viscosa • Respiração superficial • Pulso Taquicardíaco • Valores laboratoriais: Urina: glicose e corpos cetónicos- negativos Glicémia ≤ 60 mg/dl | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar glicemia aos primeiros sintomas • Fornecer 10 a 15g. de glúcidos simples (açúcar de cadeia curta) imediatamente (líquido ou sólido) • Reavaliar a glicemia passados 15 minutos e se mantiver valores baixos repetir a dose imediatamente • Reavaliar glicemia passada 15 minutos • Contactar o médico se os valores mantiverem baixos • Se a mulher estiver inconsciente, administrar dextrose a 50% em bolus IV, perfusão de dextrose a 5% ou a 10% ou glucagon • Fazer colheita de sangue e urina para análise • Monitorização fetal |

QUADROVI: HIPERGLICÉMIA (CETOACIDOSE DIABÉTICA)

| CAUSAS | INÍCIO | SINTOMAS | INTERVENÇÕES |
|---|----------------------|---|---|
| Insulina insuficiente Aporte alimentar em excesso ou desequilibrado Infecção, traumatismo, doenças Stresse emocional Exercício insuficiente | Lento (horas a dias) | <ul style="list-style-type: none"> • Sede • Náuseas e vômitos • Obstipação • Dor abdominal • Sonolência • Visão turva • Aumento de diurese • Cefaleias • Pele ruborizada e seca • Taquipneia • Pulso taquicárdico, débil • Hálito cetónico • Valores laboratoriais: Urina: glicose e corpos cetónicos positivos <hr/> Glicemia ≥ 200 | Contactar o médico Administrar insulina de acordo com os níveis de glicemia Perfundir cloreto de sódio a 0,9% ou a 0,45%; potássio quando o débito urinário for adequada; bicarbonato se $\text{pH} < 7$ Vigiar os resultados das análises ao sangue e urina Monitorização fetal |

Fonte: Lowdermilk e Perry (2008:712)

Complicações cardiovasculares

“As complicações cardiovasculares que mais frequentemente se associam são hipertensão arterial pré-existente à gestação e a pré eclampsia /eclampsia. A hipertensão arterial crónica ocorre em cerca de 40% das grávidas com doença renal ou retiniana previa e pode complicar-se pela sobre posição de pré eclampsia/eclampsia. Esta ocorre mais frequentemente na grávida com Diabetes pré gestacional do que na população não diabética e a sua incidência está associado á duração da Diabetes e á presença da patologia vascular. A

terapêutica hipertensão arterial é da pré-eclampsia/eclampsia na grávida diabética em nada defere da instituída na grávida sem esta patologia” (Clode cit in Graça, 2010:557).

Parto prematuro

Segundo Greene a incidência de parto prematuro encontra-se aumentada nas grávidas diabéticas ocorrendo em 26% destas contra 10% de incidência de grávidas não diabéticas, estando sobretudo associado à pré eclampsia, à rotura de membranas e à hipoxia fetal.

“A distensão uterina pelo hidramnios e pela macrosomia fetal poderá ter um papel importante no desencadeamento de um trabalho de parto prematuro, assim como maior tendência para complicações infecciosas que essa mulher apresenta e que está associada a um deficiente controlo metabólico. Devido ao atraso relativo na maturação pulmonar dos fetos de mãe diabética o parto prematuro deveria ser evitado tanto quanto possível a tocolise através da administração de beta miméticas não está recomendada dado que este ao promover a hipófise e a glicogenolise hepática tornam o controlo metabólico mais difícil, com consequente aumento do risco de cetoacidose. Será sempre preferível a tocolise através da administração de atosibam, bloqueadores dos canais do cálcio, ou indometacina.

Igualmente deve ter-se em atenção que se bem indicados para acelerar a maturidade pulmonar fetal, os corticóides provocam o aumento das necessidades de insulina, obrigando uma maior vigilância metabólica.

Nos casos de rotura prematura de membrana pelo elevado número de infecção que acarreta é aconselhável não tomar atitudes excessivamente conservadoras.

Hidramnios

É a acumulação excessiva do líquido amniótico no qual o feto se encontra imerso. Ocorre com mais frequência em grávidas diabéticas do que na população de grávida não diabética, sendo provocado por vários possíveis mecanismos: poliúria fetal, diminuição da deglutição fetal, desequilíbrio osmótico entre o líquido amniótico e o compartimento materno, anomalia congénita, associada a hidramnio e /ou macrosomia fetal pela distensão uterina resultante. Estes são responsáveis pelo aumento da incidência hemorragia

puérpera, pode comprimir os vasos sanguíneos que drenam o sangue proveniente dos membros inferiores e provocar edemas, e ainda pode provocar ruptura prematura da membrana e consequentemente o parto prematuro que se eleva nessa população de grávida.

2.3.2. Complicações Fetais e Neonatais

A prevenção das complicações perinatais é o principal objectivo do diagnóstico e tratamento da intolerância aos carboidratos na gestação da Diabetes Gestacional. Se a diabetes existia prévio à gestação há o risco aumentado de abortamento espontâneo e mal formações fetais. A diabetes Gestacional aumenta a ocorrência de macrosomia fetal, distocia e aspiração de mecónio, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiperbilirrubinemia, policitemia, hipoglicemia e morte fetal.

A morbilidade e mortalidade perinatais estão associadas a anomalias congénitas, asfixia intra-uterina, desvio do crescimento fetal, prematuridade sobretudo a tendência do recém-nascido de mãe diabética apresentar um síndrome de dificuldade respiratória, uma das consequências da imaturidade de órgão, claramente associado a gravidade e duração da hiperglicemia e alterações metabólicas neonatais. Além do elevado risco perinatal e taxa de aborto encontra-se elevado na grávida diabética com mau controlo metabólico e é proporcional ao grau de hiperglicemia pré-concepcional.

Anomalias congénitas

De acordo com Clode cit in Graça (2010:558), o risco de mal formação congénita na gravidez diabética é de 4 a 8 vezes superior ao da população não diabética com uma incidência de 5 a 10%, sendo responsável por mais de 50% da mortalidade perinatal e atribuível a diabetes associada a gravidez.

Segundo Ricardo (1985:273), a rara síndrome de regressão caudal é caracterizada pela ausência da parte inferior da coluna vertebral que inclui o sacro, é a anomalia fetal mais típica uma vez que é observada quase exclusivamente em fetos de mãe diabética.

As más formações mais frequentes são as cardíacas, especialmente comunicação intraventricular e transposição de grandes vasos do Sistema Nervoso Central, anencefalia, espinha bífida, com risco respectivamente 5 a 10 vezes superior ao da população não diabética. A sua ocorrência está associada a um mau controlo metabólico prévio a gestação, demonstrando uma estreita correlação entre a incidência de mal formações fetais e os níveis materno de hemoglobina glicosilada. No entanto, apesar da correcção do controlo metabólico pré concepcional às grávidas com diabetes Mellitus de longa duração ou com vasculopatia tem também um risco associado de malformações fetais. Embora o seu mecanismo ainda não está elucidado, pensa-se que a hipo-hiperglicemia cetoacidose

inibição da somatomedina, deficiência em ácido araquidônico e o excesso de radicais de oxigênio, num terreno de susceptibilidade genética seja capaz de induzir alterações na organogênese.

Morte fetal

O problema mais perturbador é a morte fetal intra-uterina, por vezes sem sinais premonitores. O seu número aumenta após 36 semanas pelo que a tendência seja para induzir o parto antes dessa data. Se o doente estiver perfeitamente equilibrado, pode-se aguardar até 37 semanas.

Existe um maior risco de morte intra-uterina, 1 a 3%, nos fetos das diabéticas, em geral associado a deficiente controlo metabólico, vasculopatia, hidrâmnios e macrosomia fetal. A causa parece ser multifactorial (hipoglicemia materna com libertação súbita e massiva de catecolaminas fetais, acidose materna com desvio para a esquerda da curva de dissociação da hemoglobina, menor entrega de oxigênio unidade feto-placentária, aumento do consumo do oxigênio originado pelo hiperinsulinismo fetal, diminuição do fluxo útero-placentário em situações que decorrem vasculopatia ou são complicadas por pré-eclâmpsia)

Macrosomia

Um total de 15 a 45% dos recém-nascidos de mães diabéticas apresenta peso superior a 4000g (macrosomia) ou acima do percentil 90 para a idade gestacional. Clode cit in Graça (2010:558).

A hiperplasia e hipertrofia de todos os órgãos, com excepção do cérebro, origina uma desproporção entre os diâmetros do crânio (geralmente correspondentes aos esperados para a idade gestacional) e as dimensões do abdómen e da cintura escapular, habitualmente são desenvolvidos em excesso. Esta desproporção é responsável pelo aumento das taxas de cesarianas devido a incompatibilidade feto-pélvica e de partos vaginais traumáticos nos quais se verifica uma maior incidência de distorção de ombros. A detenção pré-natal da macrosomia fetal não é fácil, sem o perímetro abdominal entre todos os parâmetros biométricos do feto o que apresenta mais estreita relação com as complicações associadas.

A fisiologia da macrosomia fetal é complexa e repleta de fornecimento anormal de nutrientes à unidade feto-placentária.

Esta situação parece estar associada com os níveis de glicemia pós-prandial nos II e III trimestres e com níveis elevados de hemoglobina glicosilada no I trimestre. As

oscilações marcadas dos níveis glicémicos maternos, alternando períodos de hiperglicemia e hipoglicemia constituem um importante estímulo para a hiperplasia das células beta do pâncreas fetal. A excessiva produção de insulina daí resultante, demonstrável através dos valores elevados de insulina no cordão do recém-nascido macrossômico dado a sua acção como principal hormona de crescimento do feto, induz um desenvolvimento somático superior ao normal e desproporcionado. No entanto, a macrosomia não está exclusivamente associada a hiperglicemia materna, pois pode ocorrer apesar do controle metabólico adequado, evidenciando que o excesso de peso materno pré-concepcional é um factor independente para a macrosomia fetal e é provável que outros nutrientes que não a glicose estejam envolvidos no excesso de crescimento fetal.

Síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido

O risco de desenvolvimento do síndrome de dificuldade respiratória no recém-nascido da mãe diabética é cinco a seis vezes superior ao da população não diabética, para qualquer idade gestacional, e até aos 38,5 semanas pelo que a decisão do parto antes desse momento, se não for motivada por imperativos de bem-estar fetal ou materno, deve ser procedido da demonstração da maturidade pulmonar fetal. O atraso da maturação pulmonar está directamente associada ao inadequado controle metabólico materno, do qual resulta o hiperinsulinismo fetal, responsável pela inibição da síntese da fosfatidilglicerol pelas células alveolares do pulmão fetal e por consequência, da deficiente produção da surfactante activo.

Alterações metabólicas dos recém-nascidos

A alteração metabólica mais frequente é a hipoglicemia, resultante da hiperinsulinemia fetal existente no momento do parto, com a laqueação do cordão umbilical. O aporte de glicose é subitamente interrompido, sem ser acompanhado por uma redução da produção de insulina da mesma magnitude, donde resulta uma anormal diminuição dos níveis glicémicos do recém-nascido. Quando a glicémia materna é controlada durante a gravidez, se ocorre a euglicemia durante o trabalho de parto, o risco de hipoglicemia neonatal é diminuto. A hipocalcemia e a hipomagnicemia ocorrem em cerca de 50% dos recém-nascidos das diabéticas deficientemente equilibradas, o que parece ser devido ao hipoparatiroidismo funcional secundário a hipocalcemia materna. A hipoxemia relativa em que o feto se encontra, pelo aumento de metabolismo induzido pelo

hiperinsulinismo, acarreta um aumento de produção de eritropoietina e consequente policitemia com risco de hiperviscosidade sanguínea, excesso de massa eritrocitária, associada a imaturidade funcional hepática e pode originar hiperbilirrubinemia, que ocorre em cerca de 25 a 50% dos recém-nascidos de mães diabéticas

2.3.3. Intervenção clínica pré-natal dos enfermeiros

O pré natal é o momento adequado no qual as gestantes devem ser informadas sobre as patologias que podem aparecer. Sem causar pânico, mas chamar a sua atenção para alguns sintomas, considerados de menor importância, que poderão anunciar situações difíceis e que podem ser evitadas ou minimizadas. A entrevista ajuda-nos a identificar as situações de risco e actuar precocemente.

Para que as gestantes identificadas com diabetes gestacional tenham condições de aprender sobre a sua patologia e conseguir desenvolver os cuidados, é necessário o comprometimento de todos os profissionais que as atende. A enfermagem deve estar em condições de desenvolver a educação em saúde no pré natal, pois é nesse período que a gestante tem de ser esclarecida, para conseguir compreender o que ocorre em seu corpo e realizar o auto cuidado em saúde.

“A captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, visando a intervenção oportunas em todo o período gestacional e no puerpério, seja elas de promoção de prevenção, ou de tratamento. O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requerem cuidado permanente com o estabelecimento de vínculos solidários entre os profissionais de saúde e a gestante, assim como com a qualidade técnica e a atenção” (Brasil, 2006:143)

O objectivo primordial da intervenção da equipa multidisciplinar numa grávida com diabetes pré-gestacional é obter um melhor equilíbrio metabólico, o mais cedo possível; idealmente desde o período anterior á concepção, dado que existe uma estreita correlação entre estes e simultaneamente, complicações maternas e perinatais. Devido aos riscos atrás enunciados é necessário uma vigilância materno-fetal rigorosa no sentido de detectar complicações metabólicas maternas, factores de agravamento da sua doença basal, diagnosticar precocemente malformações fetais, asfixia intra-uterina e sinais de parto pré termo. Como a vigilância e o controle da gravidez na mulher diabética é complexo e obriga a colaboração de uma equipa multidisciplinar e a utilização de tecnologias diferenciadas, as grávidas podem ser referenciadas para centros, tais como centro de cuidados

especializados em medicina materno fetal e em neonatologia (Clode cit in Graça, 2010:559)

Como regra geral, a grávida com Diabetes pré gestacional deve ser avaliada e classificada consoante os critérios de P.White (1980), deve suspender a eventual medicação com fármacos antidiabéticos orais e ser instruída e educada de forma a entender os benefícios da Insulinoterapia, da dieta e do exercício no controle metabólico e treinada em relação a auto administração da insulina e a auto controle da glicemia.

Apesar das várias opiniões sobre o rastreio e o diagnóstico da Diabetes Gestacional existe um consenso sobre as necessidades do controle glicémico apertado (com dieta e Insulinoterapia) para melhor prognóstico. O acompanhamento deve ser feito com uma equipa multidisciplinar. A terapêutica tem várias vertentes, que inclui tanto medidas farmacológicas como as relacionadas com a nutrição, educação e programas de educação física.

As mulheres com Diabetes Gestacional têm um risco de desenvolvimento no futuro de Diabetes Mellitus tipo II, superior em 50% ao da população em geral.

A avaliação nutricional da gestante diabética

- ✚ O indicador mais utilizado é o índice massa corporal (IMC)
- ✚ $IMC = \frac{\text{peso pré-gestacional (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$
- ✚ Altura 2 m

QuadroVII - Avaliação antropométricas das gestantes pelo IMC

| IMC (kg/m ²) pré-gestacional | Ganho peso ideal (kg) | Ganho peso semanal Gramas/semana a partir Segundo trimestre |
|---|-----------------------|---|
| <19.8(baixo peso) | 12.5 a 18 kg | 500 g |
| 19.8 a 26(peso normal) | 11.5 a 16 kg | 400 g |
| 26.1 a 29(sobre peso) | 7.0 a 11.5 kg | 300 g |
| >29(obesidade) | 7,0 a9.1 kg | 200 g |

Fonte: Istitute Medicina dos EUA (1992)

A avaliação dietética deve ser feita de forma detalhada, verificando o número e composição das refeições, grupo de alimentos presentes, tabus e intolerâncias alimentares

Dieta

É crucial para o controle metabólico adequando o perfil dietético das grávidas diabéticas, deverá ser sempre individualizado e a orientação dietética deverá ficar a cargo de um nutricionista.

Está aconselhada uma ingestão calórica de cerca 30kcal/kg/dia (dependente do peso desejável da gravidez, do trimestre da gestação e do grau de actividade física da grávida) e que será distribuída de seguinte forma: 50 a 60% de hidratos de carbono, 20% de proteínas (+-200g/dia) e 20% de ácidos gordos (60mg/dia) dos quais menos de 10% será os saturados. Devem ser evitados alimentos ricos em carboidratos de absorção rápida (sumo de fruta, pão) e preferidos os de alto teor em fibras de forma a impedir a hiperglicemia pós prandial a ingestão alimentar será dividida de maneira equilibrada pelas diversas refeições diárias, sendo recomendada uma média de 6/7 refeições por dia.

Exercício físico

É um factor benéfico que melhora o equilíbrio metabólico. Deve ser encorajado, desde que não haja contra-indicação, e adaptado a cada um como ser individual e de acordo com as necessidades.

Controle metabólico

O controlo metabólico da grávida com Diabetes pré gestacional centra-se na Insulinoterapia, na dieta e no exercício físico. Dada à relação estreita entre os níveis de glicemia materna e às complicações materno-fetais e neonatais, o equilíbrio metabólico deve ser o mais rigoroso possível. Esta atitude acarreta um maior número de hipoglicemia, sobretudo em grávidas com Diabetes Mellitus tipo I, pelo que é importante ensinar a gestante diabética a reconhecer os sinais e sintomas desta situação. Por norma não é necessário internar a grávida para se conseguir o controlo metabólico e todos os esforços devem ser feitos para consegui-lo em ambulatório.

Se apesar de todas as medidas não se obter um equilíbrio glicémico aceitável, deve ser recomendado o internamento hospitalar.

Antidiabéticos orais

O papel dos agentes antidiabético orais (ADO) no tratamento da D.G permanece objecto de alguma controvérsia. A glibenciamida apresentam diversos trabalhos, uma

eficácia sobreponível a da insulina, com a vantagem de não atravessar a placenta condicionando menor risco de hipoglicemia. Parece por isso uma alternativa válida a Insulinoterapia sendo a primeira escolha em algumas equipas, para as grávidas com DG em que a terapêutica nutricional é insuficiente para controlar a glicemia.

O metformina tem sido utilizado no decurso da gravidez, não estando associado a efeitos teratogénicos, alterações antropométricas do recém-nascido ou do seu desenvolvimento psicomotor. Este fármaco está indicado durante a gestação em doentes com ovário poliquístico, dado que diminui a taxa de abortamento no primeiro trimestre da gravidez, diminuindo também nessas mulheres, o aparecimento da DG. Poderá ser utilizada na DG em mulheres que recusem Insulinoterapia ou que apresentam marcada insulinoresistência.

Insulinoterapia

A insulina tem sido um antidiabético de excelência para a obtenção do controle glicémico durante a gravidez.

Sendo a gravidez um estado dinâmico, a dose óptima de insulina varia ao longo das semanas. Inicialmente há uma diminuição das necessidades da hormona mas à medida que a gravidez prossegue e com o aumento da resistência a hormona, estas podem duplicar ou triplicar.

No termo pode haver uma ligeira diminuição das necessidades de insulina a qual se for muito acentuada ou se desenvolver de forma rápida, pode ser sinal de insuficiência feto-placentária obrigando a uma vigilância intensa do bem-estar fetal.

Os objectivos da Insulinoterapia são:

- ✚ Impedir a cetoacidose,
- ✚ Manter os níveis da hemoglobina glicosilada-HbA1c-abaixo dos valores de referência do laboratório,
- ✚ Manter a glicémia em jejum menor ou igual a 90mg\dl.

E a glicémia pós-prandial, (120mn) menor ou igual a 120mg\dl Relatório de Consenso Nacional-Diabetes e Gravidez (1999). Com este objectivo, utilizam-se sobretudo insulina de acção rápida (actrapid) e de acção lenta (isofan) em administração subcutânea. A primeira tem uma acção rápida, com início 15 min após a administração, efeito máximo as 4 a 6 horas e duração de acção, de 6 a 8 horas.

A dose de insulina necessária é individualizada e variável com as necessidades diárias, mas tende-se principalmente nos casos de difícil controlo, a utilizar esquemas terapêuticos envolvendo várias administrações de diferentes tipos de insulina ao longo do dia (3 a 4 vezes por dia) de forma a mimetizar a função pancreática.

2.4. BREVE ABORDAGEM SOBRE O CUIDAR E O CUIDAR NA MATERNIDADE

2.4.1. A Enfermagem e o Cuidado

“A enfermagem é classificada como uma profissão que tem na sua essência de cuidados parte integrante de um contínuo de tratamento. Bons cuidados de Enfermagem, levam o doente a restabelecer a sua saúde e a lidar mais dignamente com o seu estado de debilidade, de limitação, da sua condição actual. Contudo, uma má prática do cuidado pode conduzir o doente a não recuperar da doença e/ou agravá-la, dada a vulnerabilidade da situação daquele que confia nos cuidados dos profissionais de Enfermagem” (Bouças, 2007:21).

De Sousa J. (2009:29) segue dizendo que na enfermagem contemporânea, o conhecimento técnico tem, cada vez mais, sido enfatizado como arma importante na prestação de um cuidado eficaz. Em relação a isto, a construção de um corpo de conhecimento e procedimentos organizados possibilita o desenvolvimento de enfermagem como ciência, que por enquanto, ao mesmo tempo, fornece maior qualidade e segurança a atenção prestada pelos profissionais desta área.

Prestar cuidados, segundo Almeida F. (2011: 34) é uma atitude, uma forma de estar na vida, que induz a um verdadeiro olhar para o outro e também para o mundo. Este olhar será tão mais capaz de ver a pessoa na sua globalidade, quanto mais formos capazes de incorporar na nossa vida profissional e pessoal os valores que, sendo universais, devem ser implementados nas nossas práticas, pois quando um indivíduo adoece, sendo necessário o seu internamento, ele perde parte do contacto com a sua família o que pode fazer com que se desestruture física e emocionalmente. (Silva L., Bocch, S. e Bousso, R., 2008: 298).

Ainda segundo as autoras acima mencionadas, o que se nota nas instituições hospitalares é que ainda prevalece o valor quantitativo do trabalho da equipe profissional, no qual são desconsideradas expressões e necessidades humanas básicas, como a atenção, o carinho, o relacionamento interpessoal e a solidariedade.

De acordo com Moniz (2008: 40) “os enfermeiros têm como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo as suas capacidades funcionais, qualquer que seja o seu estado de saúde e a sua idade”.

Deve desenvolver suas actividades com a pessoa, como nos cita Da Silva, Bárbara e Santos, Silvana (2006: 776), por meio de um processo de cuidar que consiste em olhar

essa pessoa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais vivenciados por ela e por sua família. Essa concepção de cuidar prevê a interação das multidimensões do viver da grávida diabética para promover uma vida saudável, por meio da utilização de suas capacidades e condições de saúde, visando o seu contínuo desenvolvimento pessoal. Segue ainda dizendo que compete ao enfermeiro ter uma atitude administrativa, educativa, de ensino, de pesquisa e de investigação.

A enfermagem é uma profissão aprendida, uma ciência e uma arte. É uma ciência empírica e, como outras reside no seu fenómeno central para seu foco. Centra-se na preocupação pelas pessoas, pelo mundo em que vive, um ajuste natural em que engloba pessoas e os seus ambientes. (Marta e Rogers, cit in Tomey, 2004:256)

Daí a importância de formar enfermeiros, de tal maneira que desempenhem com excelência as suas funções e que sigam mais além, convertendo-se numa boa pessoa que faça o bem, segundo nos refere Bouças (2007: 21).

Se tomarmos o entendimento de saúde como resultado de condições dignas de vida e trabalho, veremos que este possui dimensões físicas, mentais, sociais e políticas.

2.4.2. Conceito de Cuidar

Segundo Leonardo Boff (1999) o cuidar é mais que um acto, é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento com o outro! É um modo de ser essencial, está no próprio ser como maneira de estruturar-se e dar a conhecer.

O ser humano é por sua natureza e essência um ser de cuidado, precisa ser cuidado e sente a predisposição de cuidar, o ser humano existe e vive, e tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver... sem o cuidado deixa de ser humano... se não receber cuidado desde o nascimento e ao longo do ciclo vital este desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre».

Cuidar... envolve percepção do outro, envolve sensibilidade, simpatia, aprender a respeitar o outro’

De acordo com Hesbeen (1997) “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elemento de destreza de saber-se, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

Cuidar implica também educar, e a educação e a informação para a saúde é uma estratégia eficaz na intervenção do enfermeiro. Os cuidados de enfermagem fomentam o auto cuidado e o autocontrole relativamente ao bem-estar emocional e social, à saúde e a gestão do sofrimento. As pessoas são educadas e informadas para usarem os seus conhecimentos, atitudes e capacidades em actividades que melhorem a sua saúde e contribuam para o bem-estar da família. Os resultados esperados destas estratégias utilizadas com mais frequência nos cuidados de saúde primários e muitas vezes esquecidas nos cuidados das instituições hospitalares são a confiança e competência ao nível individual, familiar e comunitário.

Assim, neste contexto podemos dizer que o cuidado de enfermagem realiza-se na relação com o outro, onde reconhecemos a importância de olhar para a pessoa «como um ser humano, como alguém válido, a quem se atribui importância. Esta atitude manifesta-se em primeiro lugar pela escuta. Escutar a pessoa é confirmá-la na sua existência, mostrar-lhe que ela é importante para nós, devolver-lhe o poder» Phaneuf, (2002:17). Podemos verificar que é fundamental aprender a escutar o outro na sua diferença, tendo presente que «ouvir não significa necessariamente estar de acordo com o outro em caucionar as suas opiniões e comportamentos, mas antes escutá-la em função da sua diferença» Phaneuf, (2002:156).

Para abdellan-o cuidar em enfermagem é fazer algo para ou por alguém ou fornecer informação a pessoa com objectivo de satisfazer necessidades, aumentar ou restaurar a sua capacidade de auto ajuda ou de avaliar uma diminuição.

Os Cuidados de Enfermagem prestados ao indivíduo deverão ter em conta os aspectos acima referidos que promoverão, se desempenhados adequadamente e com a colaboração do Cliente, a maturação e autonomia deste último.

De acordo com a OMS, a família e ou as pessoas significativas tem um papel fundamental na aprendizagem de comportamentos, na melhoria do bem-estar e na promoção e manutenção de comportamentos saudáveis, sendo responsável por funções de índole biológica, sociocultural, psicológica e económica. Muitas vezes, a procura de soluções pode gerar algumas dificuldades, o que leva a procurar alguma forma de ajuda. Esta procura muitas vezes chega-nos pelas clientes, (grávidas ou que querem engravidar) ou pela sua família.

É neste momento que o enfermeiro poderá intervir, procurando conhecer nas suas particularidades, suas crenças, dinâmicas, formas de adaptação e recursos.

Em Cuidados domiciliares - manual de formação para voluntários (2002:7) a aprendizagem para adulto tem por base estratégias a desenvolver com as pessoas de quem se cuida que têm como pressupostos:

Aprender a partir da experiência: os adultos são pessoas com experiência com a qual tem aprendido muito sobre a vida. Novas experiências de aprendizagens são baseadas naquilo que eles já conhecem e eventualmente tenham experimentado

Aprendizagem mútua: a educação dos adultos deverá realçar os processos de aprendizagem mútua. Para que o educador seja eficaz neste processo, deverá ouvir atentamente, ser flexível e compreensivo quanto as necessidades dos aprendizes.

Os clientes de cuidados deverão ser considerados, e respeitados como pessoas com experiência e de conhecimento válido, e deste modo eles devem ser encorajados a trocarem conhecimentos entre eles e também com os educadores. Assim, as experiências de cada um dos participantes serão partilhadas por todos e, no final, todos saem com a sua experiência mais enriquecida, inclusive o cuidador /enfermeiro.

Respeitar: respeitar não é necessariamente concordar, mas sim reconhecer as crenças e pontos de vista das outras pessoas. Através do processo de discussão as pessoas poderão formar opiniões mais próximas da verdade, à medida que vão aprendendo do conhecimento dos outros.

Relevância: os adultos aprendem o que possa ser relevante no seu dia-a-dia.

Muitas pessoas assistem a um curso de diabetes gestacional, porque tiveram uma experiência anterior que estimula essa necessidade de aprendizagem, como por exemplo - uma família ou uma pessoa da comunidade que teve esta patologia e teve um óbito fetal nas 35 semanas da gestação. Estas querem estar informadas sobre a patologia porque pretendem engravidar e assim poder prevenir as complicações.

Discussão: os adultos podem trocar o conhecimento adquirido, da sua capacidade para observar, pensar e analisar as suas experiências de vida. Todas as pessoas têm alguma coisa para trocar e aprender, através da discussão com outros.

Clareza e simplicidade: uma nova informação é mais facilmente aprendida quando é clara e dada de forma simples. No entanto, esta informação não pode ser divulgada em grandes quantidades e deverá ser repetida em duas ou três maneiras diferentes. Como por exemplo, uma sessão pode começar com um levantamento de ideias

de todos os presentes, e num segundo momento corrigir a informação errada, reforçando a informação correcta e fomentando sua discussão.

Acção de reflexão: os adultos aprendem ao ver uma situação, pensar sobre ela, planificar as maneiras de melhora-la e vendo-a de novo. Esta é a abordagem que provavelmente conduz a uma solução eficiente. Por exemplo, um pequeno grupo pode discutir uma questão, depois aprender os seus pontos de vista, numa forma relaxada e comum a todo o grupo.

Cooperação: as pessoas aprendem mais em conjunto, em vez de situações competitivas um grupo tem mais ideias e habilidades para desenvolvê-la do que um indivíduo. Os seus membros estimulam uns aos outros para produzir ainda mais.

Transformação: a razão da educação é contribuir para que as pessoas, na participação e criatividade, possam construir numa sociedade, um padrão de vida melhor para todos.

É imprescindível que o enfermeiro reconheça que os aspectos mencionados são importantes para o cliente e que influenciam a forma como este vive, bem como as escolhas que faz, aceitando-o na sua diferença e unicidade: “a aceitação da pessoa cuidada tal como ela é, sem avaliação e sem juízo de valor, é uma das habilidades a desenvolver em Relação de Ajuda” (Phaneuf, 2002:335).

Considera-se ainda importante falar da formação e experiência que o enfermeiro deve ter, e do modelo de sistematização de assistência em enfermagem como método orientador da prestação de cuidados, para que, assim, se compreenda a verdadeira essência do significado de cuidar em Enfermagem.

Falando um pouco da experiência profissional, esta designa conhecimento experimentado por quem o constrói e pela utilidade e sentido que lhe dá. No entanto, é comum afirmar-se que a experiência é um espaço de aprendizagem, mas é tal como afirma Dominice (1991), ela tanto pode ser uma ferramenta como um obstáculo à formação, na medida em que pode legitimar posturas e práticas que não são senão repetição de hábitos adquiridos acriticamente.

No que diz respeito à sistematização da assistência em enfermagem (SAE), a resolução do COFEN 272/2002 considera-a como sendo uma actividade privada do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença subsidiando acções de assistência de enfermagem que possam

contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo família e comunidade.

Segundo Moniz José (2003:23), o conhecimento da pessoa de forma holística pressupõe uma preocupação com estas nas suas diferentes dimensões (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual), então o cuidar em enfermagem centra-se na relação inter-pessoal do enfermeiro com a pessoa ou grupo de pessoas, família ou comunidade. Esta integração leva a compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferença entre as pessoas e, assim pretendo-se cuidado de enfermagem de forma individual.

Para uma prestação de cuidados de excelência, consideramos também a relação de ajuda, como importante elemento integrador da relação enfermeiro-utente.

Podemos afirmar que a integração efectiva da relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, requer que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais e que possua conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para uma elevada competência nesse domínio. Deste modo existem um conjunto de características que o enfermeiro deve possuir para ajudar com eficácia e eficiência o doente, família e comunidade. Destas, salienta-se as seguintes pontualidade espírito de iniciativa perseverança criatividade sentido de organização espírito crítico autocontrolo sentido de liderança persuasão autoconfiança estima de si percepção e interpercepção nas relações interpessoais preocupação e solicitude em relação aos outros flexibilidade capacidade de adaptação responsabilidade iniciativa abertura de espírito motivação capacidade de trabalho em grupo capacidade de auto análise e capacidade para aprender a aprender. (Daniel, 1981)

No decurso da interacção enfermeiro/doente, o enfermeiro utiliza atitudes facilitadoras da relação. Estas constituem a forma de ser do enfermeiro. Como nos diz Daniel (1981), o desenvolvimento de atitudes terapêuticas de relacionamento interpessoal é requerido na profissão de enfermagem, uma vez que todas as intervenções de enfermagem são desenvolvidas por pessoas e para pessoas, mediadas pelas relações interpessoais. É neste contexto que o autor considera uma atitude terapêutica como um instrumento básico no desempenho da enfermagem. Assim para este autor a relação de ajuda é uma interacção dinâmica criativa e técnica, onde está implícita a arte de comunicar.

2.4.3. Cuidar na Maternidade

Segundo Boff (1999:109), tudo o que existe e vive precisa de cuidado para continuar a existir e viver. Não temos cuidado, somos cuidados, isto significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo de ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humano.

O enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos (Nunes, Amaral, & Gonçalves, Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos, 2005: 89).

Uma grávida em si já é vulnerável e torna-se mais ainda com uma patologia que complica a gravidez, bem como os familiares e amigos envolventes, por isso os cuidados têm que ser extensivos a todos e o enfermeiro tem que ter em conta não só o aspecto físico ou seja a doença em si mas também o aspecto psicológico e emocional. O enfermeiro tem que ter uma relação de cuidado transpessoal para minimizar o sofrimento, para que estas mulheres possam vivenciar este momento com segurança, tranquilidade, confiança e satisfação.

Durante as consultas, através das entrevistas têm que avaliar o *stress* físico e emocional. Diagnosticada a diabetes gestacional cria uma crise na família e gera medo de complicações maternas e fetais, que pode criar barreiras à aprendizagem e tomada de decisões. O enfermeiro tem um papel fundamental em ajudar a ultrapassar estas barreiras, através de comunicação e suporte terapêuticos enquanto promove educação no auto cuidado e controle das diabetes. As que necessitam das injeções de insulina requerem suporte adicional a medida que aprendam as técnicas de auto administração (Keohane, Lacey 1991:662).

A avaliação dos sistemas do suporte familiar, social e emocional da mulher é parte essencial do plano de cuidados.

A reacção da família ao diagnóstico e ao regime de tratamentos necessários, influência a resposta emocional da mulher, e sua colaboração no plano de cuidados.

Fontes de *stress* físico e emocional são identificados, recomendando que estes devem ser evitados para prevenir complicações como a hiperglicemia (Ruggiero et al.1990).

Incentivar e vigiar no cumprimento da dieta que é elaborada por um nutricionista conforme necessidades de cada uma, para evitar também o aumento excessivo de peso, media (400g por semana) durante a gravidez, e mantendo-se de acordo com as necessidades da gestante e do feto (Worthing-Roberts, Williams, 1993)

Durante o trabalho de parto que é um momento crucial da gravidez, o apoio emocional a mulher e a família é essencial. A monitorização do feto em que a mãe possa ouvir os batimentos cardíacos fetais é uma maneira de tranquiliza-la.

Watson (2002:55), referenciado por Coliere (1989) e Honore (2004), considera cuidado como uma “característica humana e o ideal moral da disciplina profissional de enfermagem, sendo o seu objectivo a protecção, o engrandecimento e a preservação da dignidade humana. Cuidar envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimento, acções carinhosas e suas consequências”.

A vigilância materna durante a gravidez deve ser rigorosa e cuidadosa. A grávida deve fazer o controlo metabólico de acordo com as necessidades, deve ter em conta a importância da dieta e ser informada de como gerir os recursos, tirando o maior proveito possível, fazendo o controlo glicémico. Também é importante informar a grávida como reconhecer os sinais de Hipo ou híper glicemia e como corrigi-los e mostra-la a importância do exercício físico, caso não haja nenhuma contra indicação obstetra. Deve-se fazer visitas domiciliárias para ver se a gestante tem condições de cumprir a dieta prescrita ou não, se tem necessidade de internamento ou outro tipo de ajuda.

Ainda é relevante detectar precocemente as eventuais complicações maternas, tais como oftalmológicas, renais e cardiovasculares, decidir antecipadamente o momento e a via do parto, consoante o estado da gestante e do feto.

A frequência das consultas deverá ser quinzenalmente, até as 32 semanas de gravidez e semanalmente a partir deste tempo de gestão.

2.4.4 Cuidar da Grávida Diabética e Recém-Nascido

Como membro vital de uma equipe de saúde, que realiza cuidados face às necessidades da mulher grávida, os enfermeiros assumem uma série de papéis, que tem o seu início no serviço da promoção da saúde que conforme a OMS “é um processo que visa tornar a pessoa, apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde”. Devemos fazer a promoção da saúde, apostando na educação para a sua promoção pois o seu objectivo é informar as pessoas, no sentido de influencia-las e nas suas futuras tomadas de decisões, de forma individual ou colectiva. A gravidez normal é uma crise de crescimento, para a maioria das mulheres e as gravidezes complicadas por diabetes podem representar também uma crise situacional, devido ao alto risco da situação. Estas gestantes necessitam de cuidados de enfermagem individualizados e profundos, tanto durante a gravidez, como após o parto.

Esses cuidados serão de mais eficácia tanto para estas gestantes como para enfermeiros perante a criação de uma relação de confiança e de ajuda que conforme Watson (2004:168), “uma relação de ajuda e de confiança entre o enfermeiro e o doente, constitui um elemento crucial para o cuidar transpessoal, uma relação de confiança promove e aceita a expressão tanto dos sentimentos positivos como negativos, envolve coerência, empatia, e um calor humano não possessivo.”

Assistir a gestante na redução do *stress* é um cuidado central, imprescindível nas mulheres cujas gestações são complicadas pela diabetes Mellitus. O aumento do *stress* contribui para a elevação dos níveis da glicose. A redução do *stress* e técnicas de relaxamento são consideradas necessárias, devendo por isso ser informadas as utentes, pois, segundo Henderson (1958:3), “A função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação”. Privacidade, espaço e tempo são proporcionados às mulheres e suas famílias para escutar os seus sentimentos, quer positivos quer negativos, acerca da gravidez são utilizados na procura de melhorias da motivação e compreensão do tratamento de diabetes. Prestar cuidados sensíveis às necessidades individuais e, baseados no relacionamento interdependente à mulher e família, favorece o seu bem-estar físico e emocional. (Leftet al, 1991)

Todos os recém-nascidos de uma forma geral requerem cuidados, mas os das mães que tiveram diabetes gestacional, os cuidados são diferenciados devido à sua condição de macrossômico, e alto risco de fazer crise de Hipoglicemia

CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Entrevista aos profissionais que lidam directamente com grávidas diabéticas

Foram entrevistados uma amostra de 8 profissionais e técnicos de saúde envolventes no despiste, tratamento e acompanhamento de grávidas diabéticas e no pós-parto e respectivos recém-nascidos.

QUADRO VIII – Profissionais entrevistados

| Profissional | Função |
|---------------------------------|--|
| Enfermeira de sala de partos | Cuida durante o trabalho de parto |
| Enfermeiros da Ginecologia | Prestam cuidados às grávidas hospitalizadas e no pós-parto |
| Ginecologista Obstetra | Cuida da gravidez em si |
| Endocrinologia | Cuida da parte metabólica (esquema glicémia e Insulinoterapia); |
| Nutricionista | Responsável pela elaboração das dietas, e é um elemento de grande importância, visto a dieta é primordial para manter o nível glicémico normal |
| Pediatra | Após o parto, presta cuidados ao recém-nascido |
| Enfermeira de saúde reprodutiva | Começa os cuidados com o despiste da diabetes e o pré-natal, e encaminhamento aos especialistas. |
| Enfermeira de neonatologia | Após o parto presta cuidados ao recém-nascido |

Neste ponto do trabalho, apresentaremos alguns dados obtidos através das entrevistas, reflectindo sobre o significado dos mesmos.

Analizando as nossas actuações, com as grávidas diabéticas no nosso dia-a-dia, vimos que realmente há necessidade de reflectir sobre um atendimento mais holístico às grávidas diabéticas o que vai de encontro ao nosso objectivo geral.

Ao longo das entrevistas, pudemos constatar que a opinião é unânime em relação às duas primeiras perguntas, *qual a sua área de formação?* e *tem formação específica em diabetes gestacional?*, todos os entrevistados responderam que não tem formação específica em Diabetes Gestacional mas através da experiência adquirida ao longo do

percurso profissional têm dado respostas que consideramos positivo mas que pode sempre melhorar. Se houvesse um especialista na área, com um serviço personalizado a grávidas diabéticas haveria um atendimento mais eficiente.

Em seguida, colocámos a seguinte questão: *Que conduta ou protocolo tem nos serviços?* - segundo a Ginecologista no seu serviço, a conduta é o internamento para compensação e após a alta seguimento na consulta de GAR (Grávida Alto Risco), a qual pertence ao serviço da maternidade, até a altura do parto. Segundo a Nutricionista a conduta é a mesma da diabetes *normal*, é baseada na dieta, exercício e medicação, caso for necessário. É elaborada uma dieta, em que se aposta mais nos hidratos de carbono de lenta absorção e com maior quantidade de fibra, evitando hidratos de carbono de fácil absorção. A paciente deve fazer refeições frequentes e pouco volumosas de 3 em 3 horas durante o dia e não permanecer mais de 8 horas sem comer durante a noite (ver exemplo de cardápio em anexo). Para que as recomendações sejam cumpridas, é necessário explicar a importância da dieta para o bem-estar da mãe e do filho, bem como fornecer algumas dicas para superar os desconfortos da gravidez. Para além dos factores já referidos, as gestantes diabéticas, deveriam fazer uma dieta de acordo com a sua situação sócio-económica, no entanto, não se procura saber se a grávida tem condições de cumprir a dieta ou não. Dever-se-ia ensiná-las a elaborar a dieta aproveitando o melhor e mais barato que temos no nosso país, como por exemplo peixe, hortaliças e legumes. Outra intervenção é fazer o controlo do peso nas consultas, as quais são periódicas e incluídas no sistema especializado para grávidas diabéticas. Ainda em resposta à mesma pergunta, a Endocrinologista afirma que, as grávidas com diabetes gestacional, ao serem diagnosticadas nas consultas pré natal, são encaminhadas para a consulta de endocrinologia, onde chegam quase sempre com o açúcar descompensado devido a demora nas marcações de consulta, por isso tem necessidade de uma consulta destinada somente para grávidas diabéticas. A conduta depende da idade da grávida, idade gestacional e estado do feto, no caso de estarem compensadas é seguir na consulta semanalmente ou quinzenalmente. No caso de estarem descompensadas, devem ser encaminhadas para a maternidade para o internamento e compensação, uma vez estando na maternidade têm uma equipa multidisciplinar a trabalhar em conjunto em prol da melhoria da situação clínica da grávida e do feto. Segundo ela não existe protocolo ou consenso para diabetes gestacional, ou seja, cada centro de saúde, cada enfermeira, cada ginecologista tem a sua conduta o que dificulta muito no despisto, detecção precoce e tratamento da DG. A inexistência de um protocolo contribui para um diagnóstico tardio o

que pode contribuir para consequências desagradáveis que põe em risco a saúde da mulher e do feto. Assim defendemos a criação de um protocolo uniformizado no nosso país. Quanto às ***complicações mais frequentes*** a ginecologista responde que é o óbito fetal e os restantes responderam que é o óbito e a macrosomia fetal. Pensamos que a falta de um protocolo para fazer o despiste mais precoce possível e um seguimento adequado é um dos factores que condiciona estas complicações. A criação de um serviço especializado para a diabetes gestacional e também a sistematização da assistência de enfermagem podem melhorar o atendimento, acompanhamento, tratamento e o prognóstico tanto para a mãe como para o feto, fazer o atendimento de uma forma holística, ou seja em todas as vertentes (biológica, psicológica, cultural, social, ambiental e espiritual), a continuidade de cuidados também é uma grande necessidade no nosso sistema de saúde. Em resposta a ***qual é o maior problema e o que precisa ser feito?*** para a Ginecologista deveria melhorar-se o rastreio no pré natal, e segundo a Endocrinologista deveria criar-se um protocolo para a Diabetes Gestacional, pois a falta deste é o maior problema no nosso país. ***Tendo em conta que as grávidas com diabetes gestacional tem tendência para desenvolver Diabetes Mellitus no futuro, que recomendações para depois do parto?***, segundo a Endocrinologista depois do parto, se os níveis de glicémia tiverem normais deve informar-se a puérpera sobre a necessidade de fazer dieta, exercício físico e voltar dentro de 3 meses para controle, fazer prova de tolerância oral e fazer glicemia pelo menos uma vez por ano, elucidar para possíveis riscos que pode ter nas próximas gestações.com uma continuidade de cuidados, com visitas domiciliárias referenciar as puérperas ou as grávidas após a alta para os centros de saúde mais próximos das suas zonas, uma ligação entre o hospital e os centros de saúde com registos claros e objectivos. Mas infelizmente, não é o que acontece, há grávidas mesmo com o diagnóstico de gravidez de risco, não aparecem para fazer o pré natal e é aí que entra a importância das visitas domiciliárias.

Com tudo isto concluímos que é uma necessidade urgente do nosso sistema de saúde a Sistematização da Assistência de Enfermagem para melhorar o atendimento das nossas Grávidas Diabéticas. Poderíamos ter como exemplo o modelo de saúde holístico de Edelman e Mandle (1998) (cit. in Perry e Potter, 2006) é uma visão abrangente da pessoa como um ser biopsicossocial espiritual, este modelo tem como objectivo permitir que as utentes se empenhem no seu processo de cura.

Nas nossas práticas precisamos dar atenção a vertente psicossocial da grávida não só a vertente da doença e sua cura. A paciente deve ser vista como um todo, temos que ter em conta os aspectos psico-social, emocional, económico, e espiritual.

Para Perry e Potter (2006) os enfermeiros com uma visão holística estão a integrar estas terapêuticas na prática para tentarem as necessidades fisiológicas e espirituais do utente não para invalidarem mais para complementar as terapêuticas médicas.

Uma grávida em si tem alterações de várias ordens entre as quais alterações emocionais (tornando-as mais sensíveis nesta fase, a gravidez).

Ao ser diagnosticada a diabetes gestacional é informada sobre as possíveis complicações da possibilidade de ser internada o impacto sobre a vertente emocional torna-se maior porque elas vê com essas informações a possibilidade de se desvincular do seio familiar, pode ter ela filhos menores, ser chefe da família, ter necessidade de arranjar meios para cumprir uma dieta adequada.

Para que enfermeiro tenha conhecimento de todas essas preocupações da grávida é preciso que o atendimento tenha uma atitude de abertura calorosa tornando assim uma figura conhecida num mundo estranho e esta procura de contacto humano transforma-se para pessoa cuidada em procura de confiança (Phaneuf, 2005:23).

Segundo Hesbeen (2005:125) “para a prestação de cuidados com qualidade é essencial que o enfermeiro promova um ambiente de empatia com o cliente isto é dando uma atenção particular escutando com interesse só assim pode estabelecer uma comunicação e uma relação de ajuda com a pessoa”.

3.1. Relato da experiência no serviço

Neste subcapítulo, para complementar os dados obtidos nas entrevistas aos profissionais de saúde já apresentadas, iremos reflectir sobre alguns aspectos da nossa prática diária, enquanto enfermeiras que trabalham na área da Maternidade, fazendo um relato da nossa experiência no serviço.

O serviço que será alvo do nosso relato é o serviço de Ginecologia-Obstetrícia do H.B.S., em São Vicente, onde ambas trabalhamos há alguns anos.

Nas consultas pré natais, logo após o diagnóstico de Diabetes Gestacional ou uma descompensação da glicemia, as grávidas são encaminhadas para maternidade, sendo internadas para um maior controlo metabólico.

Existe um serviço de urgência de maternidade, onde as grávidas que dão entrada são atendidas por uma enfermeira e um médico obstetra. São avaliados os sinais vitais, glicémia capilar, monitorização dos batimentos cardíacos fetais e reactividade do feto. Na enfermaria é solicitada interconsulta de nutrição, que de acordo com os seus dados antropométricos da grávida e é elaborada uma dieta. Uma endocrinologista, determina uma escala de glicemia e a terapêutica insulínica conforme as necessidades que a grávida tem (normalmente antes do pequeno almoço, antes do almoço, antes do jantar e as 24 horas).

Ao longo do internamento, vigiamos e incentivamos a paciente no cumprimento da dieta mostrando a importância da mesma na manutenção dos níveis normais de glicémia; vigiamos os sinais vitais, bem como sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, evitando assim complicações para ela e para o feto. Monitorizamos o feto 2 vezes por dia para vigiar os BCF e vitalidade, que podem estar alterados devido a oscilações glicémicas da mãe.

É ainda avaliado o sistema de suporte da grávida, ou seja, os familiares mais próximos, com objectivo de avaliar os seus níveis de conhecimento sobre a doença e fazer os ensinamentos necessários também a estes familiares.

No momento da alta, após a estabilização dos níveis de glicémia, reforçar o ensino e o aconselhamento, encaminha-se à consulta de gravidez de alto risco no serviço.

A via do parto é determinada consoante a situação da mãe e do feto, e em geral é planeado para as 37 semanas de gestação tendo em conta é uma gravidez de risco, devido às oscilações glicémicas não é aconselhável deixar a gravidez chegar às 40 semanas. Até lá, vai sendo acompanhada nas consultas de GAR (Gravidez de Alto Risco). Se não houver macrosomia fetal, o feto estiver em boas condições e os níveis glicémicos da mãe forem normal não há necessidade de uma cesariana.

Procedimentos no parto

Se a via do parto for cesariana, a grávida tem que ficar em jejum e canaliza-se uma veia com Dextrose 5%, para evitar hipoglicemia.

Uma cesariana é uma cirurgia, apesar de nem sempre ser encarada dessa forma. De acordo com Long (1999:456) “a cirurgia é um desencadeador de *stress*, tanto psicológico (ansiedade e medo) como fisiológico (reações neuroendócrinas)” assim, esta é uma ameaça potencial ou mesmo real para a integridade corporal da grávida,

enquadrando-se perfeitamente no grupo dos factores desencadeantes de ansiedade do mundo real.

Se for parto induzido, na sala de partos procede-se ao seguinte:

- + Canalizar uma veia com dextrose 5%,
- + Glicemia capilar de 2 em 2 horas,
- + Avaliação de TA de hora a hora,
- + Monitorização do feto – BCF e Vitalidade,
- + Colocar paciente em decúbito lateral esquerdo,
- + Chamar pediatra no momento do parto para receber o bebé.

Procedimentos no pós-parto

Incentivam-se as mães a dar de mamar frequentemente para evitar hipoglicémia no recém-nascido; vigiam-se as mamadas e avalia-se a glicémia capilar do recém-nascido conforme a prescrição do pediatra.

Quanto à mãe, prevenimos sempre a hemorragia pós-parto através do uso de medicamentos, principalmente se o feto for macrossómico, e fazemos o controlo da glicémia.

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que o aprimoramento técnico e científico do enfermeiro muito pode contribuir no acompanhamento destas gestantes dentro de uma equipa multidisciplinar e consequente alcançar o equilíbrio e o bem-estar tanto materno quanto fetal, nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

A atenção dada ao pré-natal contribui significativamente na redução das taxas de morbimortalidade materno promovendo, dessa forma uma maternidade segura. Esse cuidado é um desafio a ser vencido e está directamente ligado ao bom desempenho por parte dos enfermeiros e sua equipa que assistam as mulheres na sua gestação, prestando assim um serviço de excelência.

Existe uma necessidade urgente de encontrar novas técnicas para diminuir o impacto económico, social e pessoal, através de estratégias eficazes de prevenção, detecção, tratamento e continuidade de cuidados.

Problemas psicológicos e sociais podem prejudicar a habilidade individual ou familiar de desempenhar as tarefas referentes ao tratamento, comprometendo a qualidade de vida. A atenção aos aspectos psico-sociais deve ser constante por parte da equipa de saúde. A avaliação emocional pode ser realizada por qualquer membro da equipa e a paciente deve ser encaminhada o mais rapidamente possível a um psicólogo.

Vimos, através deste estudo, que não existe um protocolo ou uniformização de conduta o que prejudica as actuações tanto clínico como de enfermagem.

Infelizmente mesmo nas actuações de enfermagem preocupamo-nos somente em tratar a doença em si, fazer o controlo glicémico e corrigir se for necessário, verificar os sinais vitais, fazer ensino sobre a dieta. Não nos preocupamos em saber se a grávida tem condição financeira para cumprir a dieta e se tem condições de fazer o controlo glicémico, se na sua zona de residência tem acesso a médico, não paramos para escutar os seus medos, angústias e os seus problemas de varias ordens.

Iniciámos este trabalho com uma breve revisão de literatura sobre a fisiopatologia da gravidez e da diabetes gestacional, explorando os conceitos mais importantes, bem como questões relacionadas com a intervenção clínica que é aconselhada nestes casos.

Para as grávidas com diabetes gestacional, o processo da gravidez é mais complexo, uma vez que - pelo que podemos pesquisar, observar e reflectir – estas vivem com um

medo constante das complicações que podem surgir, tanto para elas como para o feto, o que causa um aumento da ansiedade constante.

Após o diagnóstico de diabetes gestacional, a grávida deve ter em atenção vários factores, para minimizar o risco de complicações, sendo os principais: cumprimento da dieta prescrita, toma correcta de medicamentos prescritos, fazer o controlo glicémico, prática de exercício físico moderado (se o estado obstétrico o permitir), procurar viver num ambiente tranquilo para evitar o aumento dos níveis de stress, uma vez que é um dos factores de risco que mais contribui para um aumento dos níveis de glicémia. É da responsabilidade do enfermeiro promover estes cuidados, incentivando a grávida através de educação para a saúde.

Ainda, para que a grávida possa cumprir os aspectos referidos, deve primeiro ir a uma consulta de ginecologista. Após a avaliação, este profissional encaminha-a para o serviço da maternidade onde é solicitada consultas de nutrição e endocrinologia para um melhor controlo metabólico.

Em suma, a grávida com diabetes gestacional deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar de uma forma holística, tratando desta paciente e do seu feto como um todo, tendo em atenção todos os aspectos da pessoa, ao contrário do que ainda é muito habitual, isto é, focarmos-mos apenas na patologia e aspectos clínicos.

Para terminar, colocamos algumas **sugestões** para melhoria do atendimento da grávida com diabetes gestacional em São Vicente. São elas:

- ✚ Dotar os serviços de saúde reprodutiva de documentos que abordem o tema (panfletos¹, cartazes) da importância do pré-natal precoce;
- ✚ Criar condições ambientais e humanas para um atendimento mais agradável e convidativo para uma escuta mais prolongada;
- ✚ Estabelecer protocolos de atendimento multidisciplinar e uniformização dos mesmos;
- ✚ Visitas domiciliárias periódicas para o despiste e acompanhamento das grávidas de risco e fazer abordagens familiares e comunitárias e continuidade de cuidado;
- ✚ Promover palestras, grupos de discussão, debates sobre o tema alertando para os riscos;

¹ Panfleto elaborado pelo grupo em Apêndice X

- ✚ Melhoria da qualidade dos registos de enfermagem (informação detalhada da da paciente);
- ✚ Psicólogo permanente na maternidade.

Com estas sugestões, esperamos que o serviço e atendimento à grávida com diabetes gestacional possam melhorar consideravelmente em todas as suas vertentes, promovendo assim uma melhoria da qualidade de vida e da saúde da grávida e do feto. Pretendemos, com isto, que se mude um pouco da realidade que se vive actualmente no País, em relação ao atendimento das pacientes com esta patologia.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Fernandes *A Essência do Processo da Enfermagem* (2011)Porto
Consultado em <http://b.digital.ufp/bitstream/10284/2283/3/TG-170068pdf> 18.01.13.
- BAILEY, E. Rosemary (1969) *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica* 2ª edição
publicações Europa, America lda.
- CAMPENHOUDT, Raymond Quivy Luc Van (2008) *Manual de Investigação em ciências Sociais*. Edição Fevereiro (2008) e Outubro (1992)
- COLLIÉRE, Marie françoise (1989) *Promover a Vida: da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*, Lisboa Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- DANIL, Lilia na Felcher (1981) *A enfermagem*, 3ª edição São Paulo. *Pedagogia Universitária* ISBN. -85-12 122005
- DIAS, Claudia, (2000) *Pesquisa Qualitativa – Características gerais e referências* maio, consultando em <http://www.reocities.com/claudiaact/qualitativa>. Pdf 29.01.13.
- B Consultando em [http://b.digital. Ufp/bitstream/10284/2283/3/TG-17068 pdf](http://b.digital.ufp/bitstream/10284/2283/3/TG-17068pdf) 18.01.13
- DA GRAÇA, Mendes Luís (2010) *Medicina Materno Fetal*, 4º Edição LIDEL -Edições Técnicas Lda.
- ELKIN ,Martha, PERRY, Anne &POTTER, Patricia(2005)*Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos* 2ªEd Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN-972-8383-96-7
- HENDERSON , Virgínia(2007) *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE-* Lusodidacta-Loures-ISBN 978-989-8075-00-0
- HESBEEN, Walter (2000) *Cuidar no Hospital: enquadrar em cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* Loures: Lusociência
- HONORÉ, Bernard (2004) *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociencia Lisboa-Porto-Coimbra
- HONORÉ, Bernard (2002) *A Saúde em projecto* Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN-972-8383-31-2
- LEONARD, Boff (1999) *Saber Cuidar Ética do Humano compaixão pela terra* 7ª ed. Petrópolis, RJ Vozes, 1999 ISBN-85.326.2162-7

LOWDERMILK, Beitra Leonard e PERRY, Shannon E. (2008) *Enfermagem na Maternidade 7ª edição*, Lusodidactica. ISBN 13978-O-323-03366-4

MONIZ, Manuel José (2003) *A Enfermagem E a Pessoa Idosa* Lusociência- Edições Técnicas e científicas, Lda, ISBN-972-8383-49-5

NUNES,Lucilia, AMARAL,Manuela, GONÇALVES,Rogério (2005)-*Codigo Deontologico do Enfermeiro Dos comentários á Analises* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros ISBN 972-996-46-0-2

PHANEUF, Margot PhD.(2005) *Comunicação Entrevista Relação de Ajuda e Validação* Lusociência -Edições Técnicas e Cientificas Lda. Loures ISBN972-8383 84-4

QUEIRÒS, Joana ,MAGALHÃES, Ângela ,MEDINA ,Luís José(2006) *Artigos Breves* Revista Portuguesa de Endocrinologia, diabetes e Metabolismo.

RICARDO, Orlando, CARBALLAS, Francisco SACASAS, José(1985)*Medicina Geral e Integral* volume4 Edotorial Ciencias Medicas Havana Cuba

SCHÄFFER, Arne ,NICOLE,Menche(2004)*Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem* 1ª Ed Lusociencia Loures ISBN:972-8383-78-9

SOUSA,Aurelia Jacy (2009) *Cuidado Clinico de Enfermagem ao Idoso Diabetico*.

Consultado em WWW.br/Cmacdis/dm documentos.

TOMEY, Marriner Ann, ALLIGOOD, MARTHA (2204) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* 5ªEd Lusociência Loures ISBN 972.8383-74-6

APÊNDICE I

Questionário aplicado ao pessoal envolvente no caso das Grávidas Diabéticas – Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Género----- Idade----- Tempo de Serviço----- Formação -----

1. Tem alguma formação na área de Diabéticas Gestacional?

2. Que condutas têm no vosso serviço de Diabéticas Gestacional ou seja Protocolo?

3. Quais são as complicações mais frequentes?

4. O que precisa fazer ainda no caso das Diabéticas Gestacional para melhorar o prognostico?

APÊNDICE II

Questionário aplicado ao pessoal da saúde materna – Centro de Saúde da Ribeirinha.

Género----- Idade----- Tempo de Serviço----- Formação -----

- 1 Qual é a vossa conduta no despisto ou rastreio das Diabéticas Gestacional?

- 2 Após o diagnostico qual e a vossa conduta?

- 3 Tem algum protocolo de seguimento?

- 4 Tem cuidados continuados nos pós parto?

APÊNDICE III

Questionário aplicado a um endocrinologista do hospital baptista de Sousa

Género: masculino: ----- feminino: ----- idade: -----

Formação: -----

1.Tem alguma formação na área de diabetes gestacional?

2.Qual é o maior problema com diabetes gestacional?

3.Qual é a sua conduta com as grávidas com diabetes gestacional?

APÊNDICE IV

Questionário aplicado a um nutricionista

Gênero; masculino: ----- feminino: ----- idade -----
formação -----

1.tem alguma formação específica para diabetes gestacional?

2.qual e o maior problema sentido em relação ao comprimento da dieta?

3.o que precisa ser feito no sentido de melhorar o comprimento da dieta?

4.qual e a sua conduta em relação a diabetes gestacional?

APÊNDICE V

QUADRO IX – Transcrições das entrevistas

| Entrevista realizada a um ginecologista do Hospital Baptista Sousa | |
|---|--|
| Género - Feminino | |
| Perguntas | Respostas |
| 1- Qual a sua formação? | R: Segundo o entrevistado tem formação em ginecologista obstetra. |
| 2- Tem alguma formação na área de diabetes gestacional? | R: Segundo o entrevistado Não tem nenhuma formação específica na área de diabetes gestacional. |
| 3- Que conduta ou protocolo tem no vosso serviço para a diabetes gestacional? | R: A conduta que temos no nosso serviço é Internamento para compensação e seguimento na consulta de alto risco. |
| 4- Quais as complicações mais frequentes? | R: Segundo o entrevistado a complicação mais frequente é a morte fetal. |
| 5- O que precisa fazer ainda em relação a diabetes gestacional? | R: O que precisa fazer é o melhor rastreio no pré natal. |
| Entrevista a uma enfermeira de ginecologia | |
| Género - Feminino ; Tempo de serviço - 32 anos | |
| Perguntas | Respostas |
| 1- Qual e sua formação? | R: Eu tenho formação em Enfermagem obstetra |
| 2- Tem alguma formação na área de diabetes gestacional? | R: Não tenho formação específica em diabetes gestacional, somente a experiencia do meu serviço. |
| 3- Quais as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde em lidar com diabetes gestacional? | R: Segundo a enfermeira não tem dificuldade em lidar com as grávidas com diabetes gestacional porque tem uma conduta de seguimento no serviço e também tem uma equipa multidisciplinar que atuam em conjunto. |
| 4- O que pensas do seguimento no pré natal? | R: Sendo um paciente de alto risco, tem que ter um seguimento rigoroso, apostar no ensino, sobretudo sobre a dieta, exercício físico e elucidar as grávidas sobre os sinais de alerta ou seja sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia. |
| 5- Quais as complicações mais frequentes? | R: As complicações mais frequentes são a macrosomia é o óbito fetal. |

| | |
|--|--|
| 6-Que tipos de intervenções devem ser feitas para diminuir possíveis complicações maternas e fetais? | <p>R: Ter um seguimento mais rigoroso, monitorização do feto em pacientes internadas, alimentação adequada, um dieta elaborado pelo nutricionista, um esquema de controle glicémico e Insulinoterapia caso for necessário.</p> <p>As pacientes com seguimento em ambulatório, na maternidade temos um serviço de seguimento de grávidas de alto risco para seguimento destas e outras grávidas com necessidades especiais.</p> |
|--|--|

Entrevista a uma enfermeira da sala de parto

Género-sexo feminino tempo serviço 10 anos

| Perguntas | Respostas |
|--|---|
| 1-Qual e a sua especialidade? | R: Segundo ela tem curso de Enfermagem geral, mas tem experiencia com as grávidas diabéticas na sala de partos, durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato. |
| 2-Qual a sua experiencia com grávidas diabéticas no seu serviço? | R: Na sala de partos, as grávidas que tem condição para ser induzidas, ao serem admitidas, fazemos um controle rigoroso da glicemia capilar monitorização do feto, tem sempre uma veia canalizada, conforme for o valor da glicemia assim é o tipo de soro. Chamar o pediatra para receber o bebé, e logo ao nascer fazer glicemia capilar. |
| 3-Quais as complicações mais frequentes? | R: As complicações mais frequentes são a macrosomia e o óbito fetal. |
| 4-O que achas que pode ser melhorada no seu serviço? | R: Em relação ao cumprimento das dietas, eu acho que os enfermeiros devem ter mais atenção as grávidas com diabete gestacional em relação a vigilância da alimentação, no cumprimento dos horários, e vigiar as dietas trazidas de casa e se estão a cumprir com rigor a dieta prescrita pelo nutricionista. |

Entrevista a uma enfermeira da saúde materna

Género – Feminino ; Tempo de serviço - 7 anos

Formação - Enfermeira geral

| Perguntas | Respostas |
|---|--|
| 1-Qual é a sua experiência com diabete gestacional? | R: Segundo o entrevistado não tem muita experiencia com diabete gestacional porque raramente aparecem no seu |

| | |
|---|--|
| | serviço mas tem um protocolo de atendimento. |
| 2-Qual é o procedimento no vosso serviço para o rastreio da diabetes gestacional? | R: Em primeiro lugar uma anamnese rigorosa para detectar algum factor de risco, análises de urina e de sangue. |
| 3-Apos o diagnóstico qual é o vosso procedimento? | R: Após o diagnóstico, damos a notícia a paciente, iniciamos o ensino sobre a dieta e todos os cuidados que a grávida deve ter, encaminhamento as especialistas (ginecologista, nutricionista, endocrinologista, psicólogo). |

| Entrevista a uma nutricionista | |
|---|---|
| Sexo – Feminino | |
| Perguntas | Respostas |
| 1-Tem alguma formação específica para grávidas diabéticas? | R: Segundo a entrevistada não tem nenhuma formação específica mas tem muita experiencia na área porque há muito tempo que tem vindo a tratar delas. |
| 2-Qual é a sua conduta em relação a diabetes gestacional? | R: Segundo a nutricionista a conduta é o mesmo da diabetes normal, apostar na dieta, exercício físico e medicação, dieta com hidratos de carbono, 60% maior quantidade de fibra. Evitar hidratos de carbono de fácil absorção, adicionar fruta sempre ao amido, ex: sumo de fruta com pão integral, bolacha ou iogurte, 2 ou 3 pecas de fruta diária sempre acompanhado de outra fonte de açúcar complexa, a hortaliça e importante fonte de proteína e deve entrar na dieta, peixe e carne branca. |
| 3-O que precisa ser feito no sentido melhorar o cumprimento da dieta? | R: Refeições frequentes e pouco volumosas 3/3 hora durante o dia e nunca mais de 8 horas durante a noite, evitar hidratos de carbono de fácil absorção, aumento de consume de fibras e proteínas que respeitam as leis da alimentação. Redução do sal, privilegiar gorduras polisaturadas com redução das gorduras saturadas, controle do peso e níveis glicémicos. Dicas |

| | |
|--|---|
| | <p>Cuidar da higiene oral</p> <p>Evitar alimentos com temperatura diferente, sólido e liquido na mesma refeição, refeições volumosas, alimentos adocicados ou salgados, de fácil digestão, alimentos com cheiros forte etc.</p> |
|--|---|

| <p>Entrevista feito a um endocrinologia</p> <p>Sexo feminino</p> <p>Formação-endocrinologista</p> | |
|--|--|
| Perguntas | Respostas |
| 1-Tem alguma especialidade na área de DG? | R: Não, tenho formação específica em diabetes gestacional mas dentro da nossa formação estudamos as grávidas diabéticas. |
| 2-Qual é o maior problema com DG? | <p>R: Segundo o endocrinologista o maior problema em relação a diabetes Gestacional é a falta de um protocolo ou consenso em relação a conduta no pré natal, para o despiste e detecção precoce ou seja para o maior rastreio.</p> <p>Cada centro de saúde, cada obstetra tem a sua conduta</p> |
| 3-Qual é sua conduta em relação a DG? | <p>R: Ao ser diagnosticadas nas consultas pré natal, são encaminhadas para consulta de endocrinologia ou para a maternidade para internamento e compensação.</p> <p>Em geral chegam as consultas já com açúcar descompensada devido a demora na marcação das consultas.</p> <p>A conduta depende da idade da grávida, idade gestacional e estado do feto. No caso de estarem compensadas é seguir na consulta externa, encaminhar para um nutricionista caso ainda não tenha feito, as consultas são semanalmente e após normalização podem ser quinzenalmente no caso de estar descompensadas.</p> <p>Encaminhar a maternidade para internamento e compensação, uma vez estando na maternidade é seguida por uma equipa</p> |

| | |
|--|--|
| | multidisciplinar. |
| 4-Tendo em conta as grávidas com DG tem probabilidade de desenvolver DM no futuro, que recomendações para depois do parto? | <p>R: Se após o parto se os níveis glicémicos forem normal, no momento da alta informar a utente sobre a necessidade de fazer uma dieta, exercício físico e voltar depois de 3 meses para fazer prova de tolerância oral, e fazer glicemia capilar pelo menos uma vez por ano.</p> <p>Elucidar sobre os possíveis riscos que pode ter na próxima gestação.</p> |

20 Questões sobre a diabetes gestacional

❖ O que é diabetes gestacional?

É um tipo da doença que ocorre subitamente e, tão logo a gravidez acabe, a doença tende a desaparecer normalmente. A gestante passa a produzir pouca quantidade de insulina tanto para ela quanto para o bebé. A placenta produz substâncias que bloqueiam a acção da insulina, elevando a glicose no sangue.

❖ Quais os sintomas deste tipo de diabetes?

- Urina frequente
- Muita sede e fome
- Cansaço, fraqueza e falta de ânimo
- Perda ou aumento exagerado de peso

No entanto, o diabetes gestacional pode ocorrer mesmo sem que a mulher apresente esses sintomas, por isso a importância do pré-natal.

❖ Factores de risco mais preocupantes da diabetes gestacional:

- Obesidade ou ganho excessivo de peso durante a gravidez;
- Antecedentes familiares;
- Última gestação com bebé pesando mais que 4 Kg ao nascer;
- Diabetes em gestações anteriores;
- Presença de glicose na urina.

❖ Factores de riscos menos evidentes

- Mulheres acima dos 30 anos;
- Morte fetal ou aborto anterior (sem causa esclarecida);
- Tratamento para hipertensão;

❖ Após o parto a diabetes gestacional desaparece?

Sim. No final da gestação, a produção de insulina volta ao normal. Se isso não ocorrer é porque a gestante acabou desenvolvendo a diabetes comum e deverá procurar um médico endocrinologista.

❖ As gestantes com esse problema estão mais sujeitas a infecções?

Só se a glicemia (taxa de açúcar no sangue) estiver muito alta.

❖ A diabetes gestacional é factor de risco para diabetes futuramente?

Sim. Por isso, a mulher, passada a gravidez deverá ter hábitos saudáveis como alimentação pobre em carboidratos e praticar actividades físicas, pois ela tem tendência a diabetes tipo II.

❖ O feto da gestante com diabetes gestacional corre algum risco?

Se a glicose no sangue não estiver controlada, o bebé irá receber maior quantidade de açúcar, então, poderá nascer muito maior do que o normal. Esta condição é chamada Macrosomia.



A mulher grávida e a diabetes

Adiabetes gestacional é aquele tipo de diabetes que acomete as mulheres grávidas. Esse tema é em geral, assunto que gera muitas dúvidas por parte das mulheres, sobretudo nas mulheres obesas que pretendem engravidar.

Vamos tentar elucidar sobre a forma de 20 questões, de maneira clara sobre esse tipo aparentemente incomum de diabetes, mas que cresce a cada dia devido aos maus hábitos alimentares da vida moderna.

❖ -O parto pode ser prematuro?

Sim, devido ao excesso de líquido amniótico no útero.

-E qual o procedimento na hora do parto?

O único problema que pode ocorrer é, se o bebê for muito maior do que o normal, haver a necessidade de ser feita uma cesariana. Por isso os médicos que farão o parto devem ser avisados sobre a diabetes gestacional.

❖ Como é o tratamento de mulheres que já eram diabéticas?

Quem fazia uso de hipoglicemiantes orais antes de engravidar deve trocar por insulina, pois os hipoglicemiantes orais são contra-indicados.

❖ - Como proceder com o bebê após seu nascimento?

Se ele recebeu grande quantidade de glicose de sua mãe, ao nascer poderá ter hipoglicemia, pois seu pâncreas ainda pode continuar produzindo muita insulina. Medicação adequada é usada para reverter o quadro.

❖ - E os cuidados com a amamentação?

O leite materno poderá ficar com mais açúcar, mas por um curto período de tempo.

❖ - O bebê poderá nascer com icterícia (pele amarelada)?

Sim. Pelo fato de ele ser maior precisará produzir mais sangue e, consequentemente, de mais hemoglobina. O metabolismo da hemoglobina resulta em bilirrubina, substância que dá a cor amarela da pele.

❖ - E outros problemas?

Pelo fato de ele ser maior, podem ocorrer ainda, problemas respiratórios.

❖ - A criança poderá desenvolver diabetes mais tarde?

Opâncreas dessa criança foi muito solicitado durante a gestação e isso poderá resultar em diabetes e obesidade no futuro.

❖ - Pode ocorrer morte fetal?

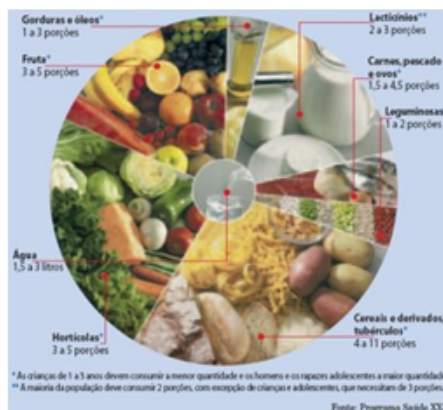
Morte fetal intra-útero, pode ocorrer em diabetes não controlada ou não tratada. Por isso o pré-natal é fundamental em casos de diagnóstico da doença. A adoção de hábitos alimentares saudáveis e atividades físicas mantém as mulheres longe do problema. Então, se você for do grupo do fator de risco, adote hábitos saudáveis desde antes de engravidar.

❖ Como é feito o diagnóstico da diabetes gestacional?

Através de um exame de sangue, feito aproximadamente na 24ª semana de gravidez.

❖ Como tratar o problema?

O tratamento será determinado pelo médico que acompanha a gestação da mulher. Em geral apenas dieta e atividades físicas são indicadas, mas se for preciso usar insulina não haverá problema para o bebê.



Anexo I

CARDÁPIO COM 1900 Kcal para diabetes gestacional

CAFÉ-DA-MANHÃ - 8:00hs

Leite desnatado -----1 copo americano cheio
Café sem Açúcar ----- ¼ do copo (50 ml)
Pão Integral ----- 2 fatias ou 1 unidade
Margarina sem sal ----- 1 colher de chá rasa

LANCHE DA MANHÃ - 10:30hs

Fruta (Maçã, Pêra) -----1 porção (100g)

ALMOÇO – 13:00hs

Arroz ----- 04 colheres de sopa cheias
Feijão ----- 1 concha pequena/ 1x semana
Carne Magra (peixe, frango) -----1 porção (100g) Grelado, Cozido, Assado
Vegetal (Abobrinha, agrião, alface, beringela, brócolos, cebola, couve, couve-flor, espinafre, pepino, tomate) -----à vontade.
- Vegetal (Abóbora beterraba, cenoura, vagem, batata inglesa, inhame, mandioca.) -----
----- 1 porção (4 colheres de sopa cheias)
-Fruta (Melancia, Laranja) -----1 porção

LANCHE DA TARDE – 16:00hs

- Suco de frutas sem açúcar ----- 1 copo
Pão Integral -----2 fatias ou 1 unidade
Queijo branco – -----2 fatias pequenas

JANTAR – 19:30hs

Igual ao almoço

Sopa de legumes com carne ----- 1 prato cheio

CEIA – 21:30hs

Leite desnatado ----- 1 copo

Elaborado por: Nutricionista do Hospital Batista de Sousa.

